

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N°

THÈSE

Année 1898

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Décembre 1898

Par M. A. DEGEZ

Né à Amiens (Somme), le 14 mars 1873

LUXATIONS SUBITES

CONSÉCUTIVES AUX

MALADIES AIGÜES

Président : M. TILLAUX, Professeur.
Juges { M. FOURNIER, Professeur.
 M. GAUCHER, Agrégé.
 M. DELBET, Agrégé.

PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

49, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1898

LUXATIONS SUBITES

CONSÉCUTIVES AUX

MALADIES AIGUËS

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... M. BROUARDEL.
Professeurs..... MM.

Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....	BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	DEBOVE.
Pathologie chirurgicale.....	HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie.....	CORNIL.
Opérations et appareils.....	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie.....	TERRIER.
Thérapeutique et matière médicale.....	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale.....	PROUST.
Histoire de la Médecine et de la Chirurgie.....	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....	LABOULBÈNE.
	CHANTEMESSE.
Clinique médicale.....	POTAIN.
	JACCOUD.
	HAYEM.
Clinique des maladies des enfants.....	DIEULAFOY.
Clinique des maladies syphilitiques.....	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....	FOURNIER.
Clinique des maladies nerveuses	JOFFROY.
	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	DUPLAY.
	LE DENTU.
	TILLAUX.
Clinique ophtalmologique	BERGER.
Clinique des voies urinaires.....	PANAS.
Clinique d'accouchements	GUYON.
	PINARD.
	BUDIN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	MARFAN.	TEISSIER.
ALBARRAN.	GILBERT.	MARIE.	THIROLOIX.
ANDRÉ.	GILLES de la TOURETTE.	MAUCLAIRE.	THIÉRY.
BAR.	GLEY.	MÉNÉTRIÉR.	THOINOT.
BONNAIRE.	HARTMANN.	MÉRY.	TUFFIER.
BROCA (André).	HEIM.	NELATON.	VAQUEZ.
BROCA (Aug.).	LANGLOIS	NETTER.	VARNIER.
CHARRIN.	LAUNOIS	POIRIER.	WALLICH.
CHASSEVANT.	LEGUEU.	RETTERER.	WALTHER.
DELBET.	LEJARS.	RICARD.	WEISS.
DESGREZ.	LEPAGE.	ROGER.	WIDAL.
DUPRÉ.	LETULLE.	SEBILEAU.	WURTZ.
FAURE.			

Le Secrétaire de la Faculté : M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'école a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

N^o

THÈSE

Année 1898

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 14 Décembre 1898

Par M. A. DEGEZ

Né à Amiens (Somme), le 14 mars 1873

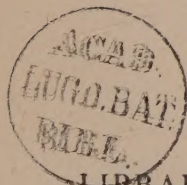
LUXATIONS SUBITES

CONSÉCUTIVES AUX

MALADIES AIGÜES

Président : M. TILLAUX, Professeur.

Juges { M. FOURNIER, Professeur.
M. GAUCHER, Agrégé.
M. DELBET, Agrégé.



PARIS

LIBRAIRIE J.-B. BAILLIÈRE ET FILS

19, RUE HAUTEFEUILLE, PRÈS DU BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1898

A M. LE DOCTEUR KIRMISSON

PROFESSEUR AGRÉGÉ A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
CHIRURGIEN DE L'HÔPITAL TROUSSEAU
CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A mon Président de Thèse

MONSIEUR LE PROFESSEUR TILLAUX

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE
DE PARIS
COMMANDEUR DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON PÈRE, A MA MÈRE

TÉMOIGNAGE DE RECONNAISSANCE FILIALE

A MES PARENTS

A MES AMIS

LUXATIONS SUBITES

CONSÉCUTIVES AUX

MALADIES AIGÜES

INTRODUCTION

Au mois d'août dernier, M. KIRMISSON recevait dans ses salles une fillette de 6 ans et demi pour une luxation subite de la hanche, survenue dans le cours d'une scarlatine.

Suivant, à cette époque, le service de notre maître à l'hôpital Trousseau, il nous a été facile d'examiner soigneusement la petite malade et de la suivre jusqu'à sa guérison.

Nous avons profité de ce cas fort intéressant pour étudier la question des luxations subites, consécutives aux arthrites infectieuses des maladies aiguës et sur les conseils de M. KIRMISSON nous en avons fait le sujet de notre thèse inaugurale.

Cette affection, qui doit nous occuper, a, comme bien d'autres chapitres du vaste domaine de la médecine, captivé de tout temps l'attention des auteurs.

Comme nous le verrons dans la partie consacrée à l'histoire, cette classe de luxations spontanées, que déjà Hippocrate, avec son esprit si éminemment clinique, observa et voulut expliquer, fut étudiée par de nombreux chirurgiens et de nos jours elle fut l'objet de quelques mémoires. Le grand nombre et l'autorité des auteurs que cette question passionna et qui exerça pendant tant de

siècles la sagacité des pathologistes montre bien l'importance de notre sujet.

Cependant, il ne nous reste aujourd'hui des controverses ardentes de J.-L. Petit et des vives discussions de Verneuil qu'un écho bien affaibli; c'est à peine si les traités didactiques signalent en quelques lignes les luxations subites consécutives aux arthrites typhiques, et il n'en est nullement question au chapitre des complications articulaires du rhumatisme aigu, de la grippe, de la scarlatine, de la blennorrhagie, de la variole, etc.

Il ne nous semble donc pas inutile d'appeler encore une fois l'attention sur cette affection et d'en faire une étude d'ensemble.

Nous commencerons par l'exposé de notre *observation* qui est, en somme, le point de départ de notre thèse et nous la relaterons dans tous ses détails.

Dans un 2^e chapitre, nous nous occuperons de l'*histoire* longue et ancienne de ces luxations.

Dans l'*étiologie* qui formera un 3^e chapitre, nous donnerons la statistique de tous les cas de luxations subites recueillis dans les différentes littératures française, allemande, anglaise.

Le 4^e chapitre sera consacré à l'*anatomie pathologique*. Cette partie de notre sujet présente un grand intérêt. En effet, pour expliquer ce genre de déplacements, les parties articulaires et périarticulaires ont dû être examinées avec soin, et, selon l'importance que les auteurs ont accordée aux unes à l'exclusion des autres, ils en ont déduit des théories diverses.

Aussi, l'étude du *mécanisme de ces luxations* suivra-t-elle tout naturellement, dans un 5^e chapitre, la description des lésions anatomo-pathologiques.

Dans le 6^e chapitre, nous exposerons rapidement les

principaux caractères des luxations pathologiques en général et le *diagnostic* qui, en l'espèce, n'offre rien de bien particulier.

Nous insisterons davantage dans un 7^e chapitre sur le *pronostic* et le *traitement*.

Nous essayerons de démontrer que plusieurs chirurgiens, en particulier l'école allemande, ont trop assombri l'avenir de ces luxations et que, dans beaucoup de cas, une réduction par simples manipulations triomphera de cette complication.

Enfin, un tableau où nous analyserons et résumerons, avec leurs faits saillants et leurs particularités, tous les cas recueillis dans les ouvrages français et étrangers, terminera cette étude.

Il nous a semblé qu'ainsi présentées les observations frapperont davantage l'esprit qu'une énumération longue, fatigante et peut-être fastidieuse.

Avant d'aborder ce travail, nous tenons à exprimer nos remerciements à M. le Dr KIRMISSON, qui nous a inspiré cette thèse et nous en a facilité l'étude par ses conseils. Nous devons à notre maître une reconnaissance toute spéciale pour la bienveillance qu'il a eue pour nous en cette circonstance et pour l'intérêt qu'il n'a cessé de nous témoigner pendant le cours de nos études.

M. le Dr NÉLATON, professeur agrégé, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, nous a inculqué, dans son service si actif, de sains principes de chirurgie. L'année trop courte que nous avons passée près de lui a suffi pour nous faire apprécier son grand cœur et l'affection qu'il porte à ses élèves. En plusieurs circonstances, il nous a donné des preuves de l'intérêt qu'il n'a cessé depuis de nous témoigner. Qu'il veuille bien agréer ici l'assurance de notre plus vive reconnaissance.

M. le D^r BAR, professeur agrégé, accoucheur de l'hôpital Saint-Antoine, a bien voulu nous accepter pendant huit mois dans son admirable service. L'enseignement si pratique dont il nous a fait profiter et la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée lui assurent toute notre reconnaissance.

Nous voudrions pouvoir exprimer toute la gratitude que nous éprouvons pour M. le D^r TISSIER, accoucheur des hôpitaux. Il a été pour nous un des maîtres les plus bienveillants et les plus érudits.

A nos autres maîtres dans les hôpitaux, le professeur DIEULAFOY, le D^r GILBERT, professeur agrégé, le D^r TALAMON et le D^r THIERY, professeur agrégé, nous adressons tous nos remerciements.

M. le D^r CASTEX, chargé du cours de laryngologie, rhinologie et otologie à la Faculté, nous a initié pendant un an aux difficultés de cette branche de la médecine. Qu'il veuille bien agréer tous nos remerciements.

M. le D^r CHATELLIER, dont nous sommes l'élève depuis peu de temps, a eu vite fait d'acquérir, par son affabilité et sa bienveillance, tous les droits à notre profonde gratitude.

Nous espérons rester encore de longs mois auprès de ce maître si distingué pour parfaire nos connaissances dans la spécialité des maladies du larynx, du nez et des oreilles.

Enfin, que M. le Professeur TILLAUX veuille bien agréer l'assurance de notre respectueuse et profonde reconnaissance pour l'honneur qu'il nous fait, en acceptant la présidence de notre thèse.

CHAPITRE PREMIER

Observation d'une luxation subite consécutive à une scarlatine (*observation personnelle*).

Il s'agit d'une fillette de 6 ans et demi, Marie-Louise M..., entrée le 28 février 1898 à l'hôpital Trousseau, dans le service de M. Josias, pour une scarlatine.

— **ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES.** — Son père et sa mère sont vivants et bien portants, elle ne possède ni frère ni sœur.

— **ANTÉCÉDENTS PERSONNELS.** — Née à terme, nourrie au sein par sa mère jusqu'à 10 mois, notre petite malade ne présente aucun stigmate de rachitisme. Elle a commencé à marcher à l'âge de 12 mois environ.

Du reste, de bonne constitution, on n'avait jamais remarqué la moindre claudication; la mère est très affirmative sur ce point.

— **DÉBUT DE LA SCARLATINE.** — Jusqu'alors elle n'avait pas encore contracté de maladie contagieuse quand, vers le 14 février dernier, brusquement l'enfant a commencé à se plaindre d'un mal de gorge et de douleurs dans l'oreille droite, accompagnées de surdité.

Les jours suivants, une perforation spontanée de la membrane tympanique livre passage au pus et produit une accalmie notable des phénomènes douloureux; mais

par contre l'angine augmente d'intensité et provoque de plus grandes souffrances.

28 février. — La malade est admise salle Trousseau. La température, prise à son arrivée, s'élève à 38° 2. On remarque une éruption scarlatineuse caractéristique étendue sur tout le corps. La gorge est rouge, douloureuse, sans exsudat. Écoulement purulent de l'oreille droite qui est la manifestation de l'otite moyenne dont nous avons parlé plus haut. L'auscultation du poumon et du cœur ne révèle rien de particulier. Aucune trace d'albumine dans l'urine.

1^{er} mars. — Température matinale, 38°; même état que la veille.

3 mars. — La température gagne la normale 37° 2. L'éruption a beaucoup pâli, l'écoulement purulent diminue sous l'influence des lavages antiseptiques.

5 mars. — Brusque ascension thermométrique à 39° 5, qui est expliquée par l'invasion d'une otite de l'oreille gauche; une sécrétion purulente s'établit et amène une détente dans les phénomènes douloureux.

10 mars. — De nouveau la température, qui, les 6, 7, 8 mars, avait suivi une courbe descendante, remonte à 39°. On découvre un petit abcès au niveau de la prémolaire gauche supérieure. Une incision de la gencive donne issue à un pus bien lié et assez abondant. L'éruption, disparue depuis 3 jours, fait place à la desquamation habituelle de la scarlatine.

11 mars. — Température 37°. Remarquable défervescence à la suite de l'évacuation du petit abcès dentaire.

14 mars. — Température 37° 8. L'écoulement de l'oreille gauche semble plus abondant, la mastoïde du

même côté est douloureuse à la pression, la peau, à ce niveau est légèrement rouge et œdématisée ; en avant du sterno-cleïdo-mastoïdien, on perçoit une tuméfaction formée par les ganglions enflammés.

16 mars. — Température 39° ; on croit à l'existence d'un abcès sous-périosté, car la région mastoïdienne est rouge et donne une sensation de fluctuation. On fait une incision derrière le pavillon de l'oreille, on ne trouve aucune trace de collection purulente.

DÉBUT DE L'ARTHRITE. — *17 mars.* — Température du matin 39° 4. L'enfant se plaint de douleurs très vives au niveau de la hanche gauche, avec irradiations à la partie interne de la cuisse.

On ne remarque ni rougeur ni gonflement de cette région. L'articulation coxo-fémorale gauche est la seule atteinte par l'arthrite. Température du soir 40°.

Du *18 au 21 mars.* — La température oscille entre 39° et 40°, l'enfant souffre toujours de sa hanche malgré l'administration de salicylate de soude et d'antipyrine.

21 mars au soir. — Les douleurs étant encore très vives et la température très élevée (40°), on place l'articulation malade dans une gouttière.

22 mars. — La température, depuis l'immobilisation, tombe à 38° ; la petite malade éprouve un grand soulagement. Le mieux se continue les jours suivants, l'inflammation articulaire diminue d'intensité.

29 mars. — L'amélioration de l'arthrite est telle que l'on croit pouvoir enlever sans crainte la gouttière.

Jusqu'au 22 avril, on ne note rien de bien particulier ; la hanche gauche est toujours restée un peu douloureuse. La suppuration des deux oreilles a beaucoup diminué.

CONSTATATION DE LA LUXATION. — 22 avril. — La surveillante, le matin, en changeant l'enfant de linge, s'aperçoit de l'attitude anormale du membre inférieur gauche. Une adduction et une flexion considérable s'étaient produites spontanément, brusquement, et sans qu'à aucun moment la malade ait attiré l'attention de ce côté.

L'interne du service constate sans difficulté une luxation typique de la hanche en arrière. Il essaie de corriger cette attitude vicieuse du membre et, par des tractions, il parvient facilement à replacer la tête dans la cavité cotyloïde; mais dès qu'il cesse ces tractions, la cuisse reprend sa première position et la luxation se reproduit. La manœuvre, répétée plusieurs fois, donne naissance au même phénomène.

Dans cette circonstance, on applique l'extension continue.

24 avril. — Arrivée au 56^e jour de sa scarlatine et avec un début de bronchite, on transporte la fillette dans la salle de médecine générale où on continue l'extension.

3 mai. — Premières quintes de coqueluche qui nécessitent son passage dans un pavillon d'isolement, où l'on supprime l'extension et la gouttière. La luxation ne tarde pas à se reproduire.

4 août. — La coqueluche a évolué sans complication; l'enfant, guérie de cette affection, est acceptée dans le service de M. KIRMISSON pour le traitement de sa hanche.

EXAMEN DE LA LUXATION. — C'est alors que nous voyons l'enfant, et voici le résultat de notre examen, 4 mois après le début de sa luxation.

Dans le décubitus dorsal, ce qui frappe d'abord c'est l'attitude particulière du membre inférieur droit. La

cuisse, fortement fléchie, est en adduction et en rotation en dedans. La jambe est en demi-flexion sur la cuisse et celle-ci prend une direction telle que le condyle interne du fémur droit répond au tiers inférieur de la cuisse gauche. Placée ainsi obliquement, elle masque presque en entier les parties génitales.

Il existe de plus du raccourcissement. Les deux membres placés dans une position aussi symétrique que possible, on note 51 centimètres du côté sain (mensuration prise de l'épine iliaque antéro-supérieure à la pointe de la malléole externe) et 48 centimètres pour le côté malade, soit 3 centimètres de différence dans la longueur.

Du reste, pour corroborer l'exactitude de notre mensuration, nous trouvons le grand trochanter remonté de 3 centimètres au-dessus de la ligne Nélaton-Roser.

Il est impossible de mettre les deux membres dans le parallélisme. Les mouvements spontanés sont très limités, et, malgré toute sa bonne volonté, l'enfant ne peut modifier l'attitude du membre malade.

Les mouvements provoqués sont peu étendus; on peut augmenter la flexion de la cuisse sur le bassin jusqu'à un certain degré au-delà duquel on provoque des douleurs et l'ensellure lombaire se produit si l'on veut forcer ce mouvement; l'adduction et l'abduction sont nulles. Ces symptômes sont encore plus frappants si l'on met la malade dans la station verticale.

On voit alors que le pied dans l'extension forcée touche à peine le sol par l'extrémité des orteils.

Nous reproduisons du reste deux photographies (pl. I et II) qui, mieux que notre description, montrent l'attitude vicieuse du membre luxé.

L'ensellure lombaire est peu prononcée; le pli fessier droit est relevé par rapport à celui du côté opposé.

Les muscles de la fesse, légèrement atrophiés, permettent de sentir au-dessous d'eux, dans la fosse iliaque externe, le grand trochanter auquel fait suite la saillie arrondie de la tête fémorale, et des mouvements très légers imprimés au fémur se transmettent à celle-ci qui semble avoir conservé sa mobilité.

Signalons enfin, pour terminer cette longue description, la contracture des adducteurs.

Une très intéressante épreuve radiographique (pl. III) de la hanche faite à ce moment par M. RADIGUET confirme notre diagnostic et nous fait voir, comme nous l'indiquons au chapitre de l'anatomie pathologique, ce que n'avaient pu nous fournir nos seuls moyens habituels d'investigation, c'est-à-dire une usure du bord supérieur et postérieur de la cavité cotyloïde et de la tête fémorale.

INTERVENTION. — 9 août. — En présence de cette luxation, M. KIRMISSON n'hésite pas un seul instant à intervenir et pratique des manœuvres de réduction.

L'enfant est chloroformisée. On commence par imprimer à la cuisse une flexion complète sur le bassin, puis quelques légers mouvements d'abduction.

On a à lutter contre une contracture considérable des adducteurs, contracture tellement marquée que, pendant les mouvements d'abduction, l'épiderme se fend dans le pli inguino-crural. Cette contracture des adducteurs étant vaincue, on peut imprimer au membre des mouvements de plus en plus étendus de circumduction. Enfin, à un moment donné, pendant l'abduction combinée à la demi-flexion et à la rotation en dehors, on sent la tête qui



Attitude du membre luxé, les deux épines iliaques antérieure et supérieure étant placées à la même hauteur.



Attitude du membre luxé, les deux jambes étant placées en parallélisme.



J.-B. Baillière et fils, Paris.

Phototypie Berthaud.

Radiographie faite avant la réduction de la luxation (Cliché Radiguet).



J.-B. Baillière et fils, Paris.

Phototypie Berthoud.

Radiographie faite après la réduction de la luxation (Laboratoire de radiographie de M. Kirmisson).

glisse en avant du plan formé par la tubérosité de l'ischion, elle réintègre *doucement* la cavité cotyloïde et on s'assure autant que possible de la réduction, en plaçant le membre dans la rectitude et une position moyenne d'abduction. La palpation permet de sentir la tête fémorale dans le pli de l'aîne. Les membres sont mesurés alors dans une position symétrique; on trouve 50 centimètres à droite et 51 centimètres à gauche.

Le membre est immobilisé au moyen d'un appareil plâtré, embrassant la cuisse et le bassin et maintenant le membre dans une position moyenne d'abduction.

Les manœuvres de réduction n'ont entraîné aucune réaction de la température qui est toujours restée dans les environs de 37°.

17 septembre. — L'appareil plâtré est enlevé.

RÉSULTATS DE L'INTERVENTION. — On constate que l'attitude du membre est parfaite, la réduction ne laisse rien à désirer.

On trouve à la mensuration des deux côtés 51 centimètres.

Du reste, une radiographie, faite à ce moment dans le service de M. KIRMISSON, montre bien que la réduction est complète (planche IV).

Mais le membre droit ayant une légère tendance à l'adduction, on s'applique aussitôt à la corriger, à l'aide d'une traction de 2 kilogrammes à l'extrémité de la jambe.

27 octobre. — On supprime l'extension continue qui est remplacée par un appareil plâtré construit sur le même modèle que le premier.

29 octobre. — Appuyée sur des béquilles, la malade commence à marcher.

Gênée par son plâtre, elle avance lentement, mais sans la moindre douleur et avec assez de sûreté.

15 novembre. — L'appareil est toujours en place ; la marche est plus facile ; la malade peut même se passer de béquilles.

CHAPITRE II

Historique

Pour découvrir les luxations spontanées, il suffisait de bien observer; aussi HIPPOCRATE, dont l'esprit clinique ne laissait rien passer inaperçu, les reconnut facilement.

Dans son traité « *De articulis* », il parle en plusieurs endroits des luxations pathologiques et les aphorismes 59 et 60 section VI en donnent la description et la pathogénie. Il explique ces luxations par un amas de mucosités remplissant la jointure.

Depuis lors, tous les auteurs ne s'appliquèrent qu'à démontrer le mécanisme; ce point seul excitait leur curiosité.

Pour ASCLÉPIADE le BITHYNIEN, le déplacement est dû au gonflement inflammatoire des parties molles.

GALIEN développe les idées d'HIPPOCRATE (1): « La distension du ligament rond par une accumulation surnaturelle d'humidité dans la jointure est, pour lui, la cause de la luxation ».

ORIBASE, PAUL D'EGINE, après GALIEN, rééditent simplement ce qui avait été écrit avant eux.

AVICENNE, à l'article luxation de la hanche, mentionne la luxation par cause interne.

(1) GALIEN.— *In Aphorismos comment.* VI, in-fol., 1591, p. 106.

FABRICE D'AQUAPENDENTE(1), dans un article très détaillé, expose les idées d'HIPPOCRATE.

En somme jusqu'ici aucune étude sérieuse n'avait été faite sur cette question, quand J.-L. PETIT, ayant rencontré dans sa pratique plusieurs cas de luxations spontanées, fixa sur elles l'attention des médecins. Le 22 février 1722, il exposa à l'Académie des Sciences ses « *Observations anatomiques et pathologiques sur les chutes qui causent une luxation de la cuisse dont les auteurs n'ont point écrit* ». Un peu plus tard, en 1741, il développa de nouveau, dans son traité des maladies des os, ses idées sur les luxations spontanées.

Ces travaux rencontrèrent tout d'abord de nombreux partisans, mais bientôt des attaques très vives et empreintes souvent d'un esprit de jalousie et de haine ne tardèrent pas à s'élever.

A l'action de la synovie invoquée par J.-L. PETIT plusieurs auteurs dans le *Journal des savants* (1724) et ANDRY (1725) opposèrent celle d'un cal ou d'une excroissance dont le développement chasse la tête du fémur. Cependant HEISTER (2), J. GORTER (3) et VAN SWIETEN (4) se rangèrent à l'opinion de J.-L. PETIT.

En 1774, SABATIER (5) admet comme trop exclusive la théorie de J.-L. PETIT et soutient qu'à côté des luxations occasionnées par la chute sur le grand trochanter, il en existe d'autres qui reconnaissent des causes internes ou

(1) FABRICE D'AQUAPENDENTE. — *De tortione articularum*.

(2) HEISTER. — *Institutiones chirurgicæ*, 1739, p. 255.

(3) GORTER. — *Chirurgia repurgata*, 1742, p. 83.

(4) VAN SWIETEN. — *Comment. in Boerhaavii aphorismos*, 1746.

(5) SABATIER. — *Mémoires de l'Académie royale de chirurgie*, tome V, 1774.

constitutionnelles capables d'augmenter la synovie et de relâcher les ligaments.

En 1798, BICHAT (1) ne pense pas que cette théorie soit la bonne, « car elle paraît peu conforme à l'anatomie pathologique. Se basant sur quelques observations de luxations spontanées survenues quelque temps après une contusion, il prétend que « la cause matérielle de ces luxations est un engorgement des cartilages articulaires qui altère et détruit leur organisation et que la présence de cet engorgement est une manifeste contre-indication de tout moyen mécanique par lequel on voudrait replacer la tête dans sa cavité ».

BOYER (2) n'admet pas la théorie de J.-L. PETIT et pour lui « la synovie serait plus propre à retenir l'os dans la cavité cotyloïde qu'à l'en expulser ». Mais dans sa description, on voit que BOYER a eu surtout en vue les luxations suites de coxalgies tuberculeuses, car la plupart de ses déplacements étaient accompagnés de carie osseuse et d'abcès froids.

En 1835, HUMBERT de Morlaix (3) veut démontrer que, dans la plupart des cas, le déplacement peut être réduit. Mais les nombreuses observations qu'il avance à l'appui de sa thèse ne semblent pas bien probantes et certainement HUMBERT a pris souvent pour une luxation ce qui n'était qu'un raccourcissement apparent.

Dans la même année, LESAUVAGE de Caen (4) publie

(1) BICHAT. — *In œuvres chirurgicales de Desault*, 1798, p. 314.

(2) BOYER. — *Leçons sur les maladies des os*, 1803. — *Traité des maladies chirurgicales*, 1814.

(3) HUMBERT, DE MORLAIX. — *Essai et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées de l'articulation iléo-fémorale*, 1835.

(4) LESAUVAGE, DE CAEN. — *Mémoire théorique et pratique sur les*

un « mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives ». PARISE (1) le premier, abandonnant les hypothèses dont s'étaient servis devanciers, eut l'honneur de rendre, par des observations cliniques et l'expérimentation sur le cadavre, la théorie de J.-L. PETIT définitivement scientifique.

En 1845, BONNET (2) fait une étude très complète et très approfondie de la question. Comme facteur étiologique de la luxation subite, il fait intervenir la position vicieuse des membres qui, agissant sur des articulations dont les liens fibreux sont affaiblis, tendent à provoquer un déplacement des surfaces articulaires. Il critique aussi la théorie de J.-L. PETIT et de PARISE.

En 1853, LORINSER, en Allemagne, cite plusieurs cas de luxations consécutives à la variole et à la fièvre typhoïde.

HELWIG (4) rapporte 12 cas, dont 1 personnel, de luxations post-typhiques.

Une revue plus importante fut écrite, en 1857, par ROSER (5), qui plus tard, en 1864, reprit cette question.

En 1861, CAPELLE (6) cite plusieurs observations personnelles.

Depuis cette époque, les mémoires et les observations se sont multipliés. GUTERBOCK, en 1874, rapporte plusieurs cas de luxations qui se produisirent dans le cours

luxations dites spontanées ou consécutives (in *Archives de médecine*), 1835.

(1) PARISE. — *Archives générales de médecine*, 3^e série, tome XIV, p. 1.

(2) BONNET. — *Traité des maladies des articulations*, 1845.

(3) LORINSER. — *Wiener medicinische Wochenschrift*, 1853, n^o 23.

(4) HELWIG. — *Inaugural Dissertation*, 1856.

(5) ROSER. — *Archives générales de médecine*, 1857.

(6) CAPELLE. — *Luxations du fémur dans la fièvre typhoïde* (*Journal de médecine de Bruxelles*), 1861, tome XXXII, p. 456.

de la fièvre typhoïde. Puis KRONLEIN, STROHMEYER, ERICHSEN, SONNENBURG et d'autres apportèrent plusieurs observations nouvelles ; KEEN signale 30 cas de luxations spontanées, toujours dans la fièvre typhoïde.

En 1883, VERNEUIL, dans un important mémoire communiqué à la Société de Chirurgie, oppose aux différentes hypothèses en cours sur le mécanisme des luxations subites consécutives aux maladies aiguës, une théorie basée sur l'atrophie et la parésie rapide d'un groupe musculaire jointes à la contracture des muscles opposés. A l'appui de son idée, il présente 7 observations de luxations, consécutives, la plupart, à une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

DIDIER, son élève, à propos de ces observations, fit une thèse en 1880, ayant pour titre : « *Luxations pathologiques consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës.* »

A la suite du travail de VERNEUIL, la question des luxations spontanées subit une nouvelle impulsion.

De différents côtés, on publia des observations. DELENS produit 2 cas survenus dans le cours de la fièvre typhoïde.

FORGUES et MAUBRAC écrivent, en 1886, tout un volume sur les luxations pathologiques en général (1).

En 1892, paraît une étude signée de M. SAINTON (2) (à laquelle nous nous reporterons à plusieurs reprises). Il rapporte un cas de luxation post-scarlatineuse, traitée et guérie par M. KIRMISSON.

(1) FORGUES et MAUBRAC. — *Les luxations pathologiques*, 1886, 1 vol. in-8.

(2) SAINTON. — Des luxations subites de la hanche se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës (*Revue d'orthopédie*, 1892, n° 5).

En 1894, M. HARTMANN publie (1) une observation de luxation, suite de coxite aiguë, qui est le point de départ d'une communication de M. KIRMISSON à la Société de Chirurgie.

Au mois de juillet de la même année, dans sa thèse sur les luxations consécutives aux maladies aiguës, CHAMPENOIS cite 2 cas personnels de luxations post-typhiques. KUMMER (2), à l'occasion de plusieurs observations personnelles, fait une étude complète de la luxation spontanée.

Signalons pour terminer un cas de luxation post-grippale de EISENDRATH (3); du reste, une observation du même genre avait été rencontrée par FIORANI (4) en 1892. Nous devons aussi à KAREWSKY, HARLEY, WIDAL, 3 cas de luxations survenues dans le cours de la blennorrhagie.

Nous ne faisons que citer deux cliniques de M. DUPLAY (5) sur les luxations spontanées, nous réservant le soin d'en reparler au chapitre du traitement.

(1) HARTMANN. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë (*Revue d'orthopédie*, mai 1894).

(2) KUMMER. — *Revue de Chirurgie*, janvier 1898.

(3) EISENDRATH. — *Annals of Surgery*, octobre 1897.

(4) FIORANI. — *Archivio di orthopedia*, 1892.

(5) DUPLAY. — *Presse médicale*, 14 et 25 mai 1898.

CHAPITRE III

Étiologie

Luxation subite est le terme que nous avons choisi pour désigner la variété de luxation que nous étudions. M. VERNEUIL, dans son remarquable mémoire communiqué en 1883 à la Société de Chirurgie, avait déjà employé cette expression. Elle caractérise bien la rapidité avec laquelle elle se produit; et si des lésions articulaires et périarticulaires l'ont préparée depuis longtemps, son apparition est presque toujours soudaine et inattendue. Le terme de *spontané* a l'avantage de supprimer toute étiologie traumatique, mais on peut objecter que la spontanéité n'est pas si absolue et qu'il n'y a pas de luxation spontanée puisqu'il n'y a pas de luxation sans cause.

D'autres dénominations telles que luxations secondaires, pathologiques, consécutives, graduelles, tardives, si elles caractérisent heureusement certaines histoires symptomatiques, ne peuvent devenir une appellation commune et générale.

Du reste, peu importe le terme si l'on s'entend sur le fond.

Dans l'étiologie de la luxation, l'existence d'une maladie infectieuse est le point important. Celles-ci sont

nombreuses et variées : c'est dans la fièvre typhoïde et dans le rhumatisme articulaire aigu que l'on rencontre le plus fréquemment cette complication ; suivent, avec un nombre de cas bien moins considérable, la scarlatine et la variole ; avec la blennorrhagie, la grippe, l'érysipèle, nous tombons dans la rareté, aussi n'en avons-nous pu recueillir qu'un très petit nombre d'observations.

Voici, d'après l'examen des tableaux où nous avons consigné les 80 cas de luxations pathologiques, recueillis par nous, la statistique des diverses maladies dans lesquelles on les rencontre :

Fièvre typhoïde.....	32 cas
Rhumatisme articulaire aigu.....	24 —
Scarlatine.....	13 —
Variole.....	3 —
Blennorrhagie.....	3 —
Influenza.....	2 —
Erysipèle.....	1 —
Empyème.....	1 —
Fièvre éruptive (rhumatisme infectieux)...	1 —

La désignation vague de fièvre éruptive qui termine notre énumération nous oblige à rester dans le doute et à isoler ce cas dans un paragraphe particulier. VERNEUIL ne donne pas d'autre étiquette lorsqu'il cite le cas, chez un enfant, de luxation spontanée réduite et guérie.

Considérées dans leur ensemble, les luxations subites consécutives aux maladies aiguës sont rares. Ainsi GUTERBOCK, à l'Hôpital général de Vienne, sur une série de 3130 cas de typhus, ne relève que 2 fois l'arthrite. Il est vrai d'autre part que WILLIAM KEEN, dans la dothiéntenterie, a

réuni 30 observations de luxations spontanées. Nous même, en feuilletant les littératures française et étrangères, nous sommes arrivé au chiffre de 32.

Age. — Le jeune âge paraît avoir une certaine influence sur la production de ces arthrites, car c'est, dans la majorité des cas, une affection de l'enfance ou de l'adolescence. Cependant on l'observe quelquefois chez l'adulte (observations de BONNET (39), de STANLEY (48), de KAREWSKY (74), de BARWELL (78), etc.

Sexe. — Le sexe intervient bien peu comme facteur étiologique; cependant les luxations spontanées sembleraient avoir une légère préférence pour le sexe féminin, à l'inverse des luxations traumatiques.

Epoque de la maladie. — C'est habituellement pendant la convalescence que l'on s'aperçoit de la luxation. Dans 15 cas, elle a eu lieu dans la période aiguë de la maladie, 36 fois dans la convalescence.

Articulation luxée. — Toutes les articulations peuvent probablement être atteintes dans les maladies infectieuses, mais c'est la hanche qui est le plus fréquemment le siège de cette affection. D'après KEEN, sur 30 cas, elle était localisée 27 fois à la hanche et, dans notre statistique, 74 fois dont 28 à l'articulation coxo-fémorale droite et 26 à l'articulation coxo-fémorale gauche sur un chiffre total de 80 cas. Viennent ensuite l'épaule (3 cas), le genou (2 cas), le coude (1 cas).

Cette fréquence de la localisation sur l'articulation de la hanche s'explique si l'on remarque que, dans l'enfance, la hanche semble le *locus minoris resistentiæ* pour toutes les lésions articulaires. « L'étendue énorme des surfaces articulaires, dit M. SAINTON, leur mobilité considérable,

le travail tardif d'ossification qui se produit au centre même de la cavité cotyloïde sont peut-être autant de raisons qui prédisposent aux arthrites, mais d'autre part l'emboitement très marqué des surfaces, la résistance de la capsule et la puissance des muscles périarticulaires sembleraient s'opposer aux luxations ; les faits prouvent le contraire ».

CHAPITRE IV

Anatomie pathologique

Avant la période antiseptique, on avait rarement l'occasion d'ouvrir sur le vivant une articulation atteinte de luxation spontanée.

De nos jours, mieux armés contre l'infection, les chirurgiens n'hésitent plus à intervenir lorsqu'ils le jugent convenable.

Nous possédons ainsi un petit nombre d'observations de luxations subites consécutives à des maladies aiguës dans lesquelles on a pu se rendre un compte exact de l'état des articulations.

Nous allons donc passer successivement en revue l'anatomie pathologique de l'appareil ligamentaire, du contenu de l'articulation, des altérations des surfaces articulaires et enfin des modifications de l'appareil musculaire.

1^o ALTÉRATIONS LIGAMENTAIRES. — Dans les luxations traumatiques, l'action brusque déchire ou arrache la capsule articulaire et les ligaments.

Il n'en est plus de même dans les luxations consécutives aux maladies infectieuses où la force n'agit plus brutalement, mais d'une façon lente et progressive ; ici les ligaments se laissent distendre d'autant plus facilement qu'ils sont altérés par l'arthrite.

On trouve alors une capsule épaissie, ramollie et distendue qui coiffe la tête fémorale luxée. STANFIELD COLLIER (1) (obs. 68) en cite un exemple très net. LORINSER (2) dans un cas de luxation consécutive à la variole (obs. 71), trouve « la tête fémorale solidement maintenue par la capsule attirée en haut ; la partie inférieure du manchon articulaire était épaissie et imbibée ».

KUMMER, à l'occasion d'une résection de la hanche pour luxation post-typhique iliaque irréductible, trouva « la circonférence postérieure de la capsule articulaire fortement épaissie et le ligament rond conservé et notablement allongé ».

Cependant parfois les lésions sont plus considérables. Dans un cas de LUCKE, cité par KUMMER, la capsule articulaire avait disparu, à l'exception de quelques restes qui avaient subi une dégénérescence proliférante. Dans l'observation de DOLBEAU et FORNACHON (obs. 35), « la capsule était complètement déchirée en haut et en arrière, c'est-à-dire dans la partie qui avait livré passage à la tête de l'os. Le ligament rond était aussi déchiré à son insertion à la tête du fémur ».

RUCH (obs. 46) ne trouva que des restes proliférés de la capsule articulaire. La même constatation fut faite par EISENDRATH (obs. 76) dans un cas de luxation post-grippale. Dans une observation de KAREWSKI, le ligament rond était absent, à l'exception d'un petit fragment.

On ne constate le plus souvent qu'une simple distension des ligaments articulaires.

En résumé, épaississement, distention, destruction en

(1) STANFIELD COLLIER. — *British Med. Journal*, oct. 1898.

(2) LORINSER. — *Loco citato*.

partie ou en entier de la capsule et du ligament rond, telles sont les lésions ligamentaires.

2° CONTENU DE L'ARTICULATION. — Ce point de l'anatomie pathologique a été souvent controversé.

J.-L. PETIT et ses partisans admettent la présence d'une quantité de liquide séreux capable de repousser la tête et de produire la luxation. « Mais, dit BOYER en parlant de PETIT, comme le célèbre chirurgien ne dit pas avoir constaté par l'ouverture des corps l'état des parties dans cette maladie, son opinion n'a d'autre valeur que celle d'une simple conjoncture. »

Du reste les différents chirurgiens qui eurent l'occasion d'ouvrir l'articulation, constatèrent le plus souvent une petite quantité de liquide.

L'épanchement intra-articulaire, dans une même maladie, peut être séreux ou séro-fibrineux ou purulent. Dans la fièvre typhoïde, WEIL (1) et VOELKEL (2) rencontrèrent l'arthrite purulente, mais dans la majorité des cas, le contenu de la cavité articulaire est séreux. Il en est de même des arthrites rhumatismales, qui évoluent ordinairement sans suppuration.

La scarlatine et l'influenza (EISENDRATH, obs. 76), au contraire, s'accompagnent plus volontiers d'arthrites purulentes.

3° ALTÉRATIONS DES SURFACES ARTICULAIRES. — Dans la coxalgie, les lésions osseuses sont considérables et suffisantes à elles seules pour expliquer le déplacement articulaire. Il n'en est plus de même dans les luxations subites consécutives aux maladies aiguës où les surfaces articu-

(1) WEIL, — *Centralblatt für Chirurgie*, 1878, p. 599.

(2) VOELKEL, — *Berl. kl. Wochenschrift*, 1881.

lares sont le plus ordinairement peu ou pas lésées.

ADAM (1), dans un cas de luxation post-rhumatismale, trouva le cartilage absolument sain. Le Dr RAWDON, cité par STANFIELD COLLIER, dans une arthrotomie faite pour une luxation post-typhique, constata une très légère absorption du cartilage.

Dans un cas de RUCH (obs. 27) et dans un de LORINSER (obs. 24), les cartilages articulaires étaient intacts.

Cependant plusieurs observations nous montrent que les os et les cartilages n'échappent pas à l'inflammation et que des destructions plus ou moins considérables de ces différentes parties ont été observées.

Sur notre radiographie (pl. III), on distingue manifestement une sorte d'éculement, une ulcération de la partie postérieure et supérieure de la cavité cotyloïde; la tête fémorale diminuée de volume présente aussi des irrégularités, vestiges probables de destruction partielle du cartilage.

Dans une observation (39) due à BONNET, in DIDIER (Luxation spontanée survenue au 4^e mois d'une grossesse), on lit qu'à l'autopsie « tous les cartilages de la cavité cotyloïde étaient absorbés ainsi que ceux de la tête du fémur; le fibro-cartilage et le rebord osseux étaient ulcérés en haut et en dehors ».

Dans une autre observation (obs. 35), BONNET remarque que « les cartilages du fémur et du fond de la cavité cotyloïde étaient presque entièrement absorbés. Le fibro-cartilage du pourtour de la cavité était complètement détruit en haut et en arrière, c'est-à-dire dans le point où la tête de l'os s'était échappée ».

(1) ADAMS. — *British med. Journal*, nov. 1884.

RUCH (obs. 46) relate un cas de luxation post-rhumatismale. L'arthrotomie faite par LUCKE conduisit sur la tête fémorale, dont « le revêtement cartilagineux présentait de nombreuses ulcérations par usure ».

VÆLKEL (obs. 50) trouva à l'autopsie « la cavité cotyloïde cariée ; la tête fémorale un peu ulcérée, mais de consistance solide, le plan de solution inégal, ulcéré ».

Enfin, dans une observation publiée par EISENDRATH (obs. 76), où une luxation spontanée était survenue après une attaque d'influenza, le cartilage de la cavité cotyloïde était érodé en plusieurs endroits.

4° **ALTÉRATIONS MUSCULAIRES.** — Sans lui donner l'importance que M. VERNEUIL lui accorde dans la production des luxations, nous ne manquerons pas de faire remarquer sa grande fréquence et son incontestable action.

Depuis longtemps on a observé la relation étroite qui existe entre les maladies articulaires, en particulier l'arthrite aiguë, et les altérations des muscles.

Celles-ci se présentent sous deux formes différentes : l'*atrophie*, accompagnée de parésie et même de paralysie, et la *contracture*. Le plus souvent on les observe associées, mais l'une se localise sur un faisceau de muscles, tandis que l'autre frappe le groupe antagoniste.

De plus, fait important, ce sont toujours les mêmes muscles qui présentent les mêmes altérations. Ainsi l'atrophie attaque les extenseurs : les fessiers à la hanche, le deltoïde à l'épaule, le triceps fémoral au genou. La contracture frappe les fléchisseurs. Des atrophies considérables consécutives à des arthrites aiguës ont été fréquemment signalées depuis que M. LE FORT, en 1876, a attiré l'attention sur ce sujet.

M. VALTAT, sous l'inspiration de M. LE FORT, confirme les idées de son maître par des expériences sur les animaux.

Ces atrophies se rencontrent dans toutes les arthrites infectieuses, mais particulièrement dans celles du rhumatisme articulaire aigu, où elles sont les plus accusées et les plus précoces. Nous voyons ces troubles musculaires signalés dans beaucoup de nos observations. Dans un cas de KUMMER, l'atrophie était extrêmement prononcée : « Le muscle grand fessier était mince comme une forte feuille de papier, d'aspect fibreux et saignant fort peu lors de sa division. » Dans notre observation personnelle, l'amaigrissement des fessiers, bien que peu considérable, existait cependant.

Quant à la contracture, tout aussi fréquente, elle a été observée par beaucoup d'auteurs. Elle agit d'autant mieux que le groupe des muscles antagonistes parésié ou paralysé ne lui résiste plus. Cette altération présente plusieurs degrés. Au début elle est réflexe, c'est la *vigilance musculaire* de VERNEUIL ; puis elle est suivie d'une contracture véritable, laquelle, au bout d'un certain temps, donne lieu à la rétraction musculaire.

Chez la fillette de notre observation, M. KIRMISSON eut à lutter, dans les manœuvres de réduction, contre une contracture considérable des adducteurs.

Ainsi pour nous résumer : dans tous les cas où une vérification a pu être faite, l'arthrite, quel que soit son degré, a toujours été rencontrée. Nous ne pouvons donc nous associer à l'opinion de certains auteurs qui prétendent que son existence n'est pas constante et que, du reste, des modifications articulaires ou péri-articulaires ne sont pas nécessaires pour expliquer la production de ces luxa-

tions et « qu'une attitude vicieuse prolongée est suffisante pour faire naître une luxation spontanée, même dans une articulation saine ».

De plus il suffit, selon nous, de considérer les moyens de contention d'une articulation exempte de toute altération pour se convaincre combien il est difficile à une luxation spontanée de se produire dans ces conditions. Ces agents (ligaments, muscles, pression atmosphérique) qui s'opposent au déplacement des surfaces articulaires, sont donc assez puissants pour résister à l'action d'une attitude vicieuse prolongée et pour nous, tant que ces moyens d'union resteront intacts, la luxation pathologique sera impossible.

Nous sommes ainsi amenés à étudier la pathogénie que nous abordons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE V

Pathogénie

Le mécanisme de ces luxations est un des côtés les plus intéressants de leur histoire. C'est la question qui a le plus vivement excité la curiosité des chirurgiens et qui les a aussi le plus passionnés.

De là les nombreuses théories soutenues, toutes avec ténacité et même avec violence par leurs défenseurs.

Malheureusement, ces opinions, quand elles n'étaient pas l'œuvre entière de l'imagination, reposaient le plus souvent sur l'examen seul de quelques cas isolés.

De plus, nombre d'observations relatées par les anciens auteurs se rapportent manifestement à des luxations observées dans le cours de tumeurs blanches et en particulier dans la coxalgie. Nous voyons même des chirurgiens, pour qui la luxation spontanée était inévitable à une certaine période de la maladie des os, décrire la coxalgie sous le nom de luxation spontanée ; c'est encore ainsi que l'appelaient BOYER et DUPUYTREN.

La caractéristique des luxations subites consécutives aux maladies aiguës, c'est de se produire avec des lésions de la tête fémorale et de la cavité cotyloïde peu importantes et souvent même sans aucune altération osseuse.

Le mécanisme si simple invoqué pour la coxalgie et

l'ostéomyélite de l'extrémité supérieure du fémur, où les lésions de l'os jouent le principal rôle, ne peut donc convenir à notre variété de luxations spontanées.

Ici la pathogénie est moins nette et l'explication rationnelle plus difficile à fournir.

D'une manière générale, on peut rapporter toutes les opinions émises à ce sujet à deux théories principales :

1^o Théorie de l'hydarthrose appelée justement théorie de J.-L. PETIT ;

2^o Théorie de VERNEUIL, ou théorie de l'action musculaire.

Quelques auteurs ajoutent une troisième théorie que l'on pourrait appeler, avec KUMMER, théorie de prolifération du cotyle.

VALSALVA, MORGAGNI, PORTAL, BOYER, CRUVEILHIER, défenseurs de cette opinion, admettent l'existence d'une tumeur qui remplirait le fond de la cavité cotyloïde et en chasserait la tête fémorale.

Cette tuméfaction, qui est, pour VALSALVA et BOYER, un gonflement inflammatoire des cartilages, n'a jamais été rencontrée. Quant aux auteurs qui parlent de gonflement fongueux de la synoviale, ils se sont trouvés sans doute en présence d'arthrites tuberculeuses.

Aussi laisserons-nous complètement de côté cette opinion qui ne peut s'appliquer à nos luxations.

1^o THÉORIE DE J.-L. PETIT OU THÉORIE DE L'HYDARTHROSE.

— Cette théorie, très ancienne puisqu'elle remonte à Hippocrate, avait été étudiée et commentée par de nombreux auteurs; mais J.-L. Petit la défendit si brillamment qu'il l'a faite véritablement sienne.

Ce chirurgien, dans son mémoire de 1722, admet qu'un

traumatisme ou même une maladie est capable de provoquer la formation d'une grande quantité de synovie dans l'articulation. « Cette synovie, dit-il, qui n'est plus dissipée par les mouvements de la jointure, augmentera de plus en plus et arrivera à chasser la tête du fémur avec d'autant plus de facilité qu'ayant relâché les ligaments elle les met hors d'état de résister. » Cette hypothèse fut bientôt attaquée par de nombreux chirurgiens en tête desquels était BOYER. Ce dernier affirme, sans le prouver du reste, que l'accumulation de liquide dans l'articulation coxo-fémorale, loin d'éloigner les os, tend au contraire à les rapprocher.

Plus tard, PARISE, par des expériences sur le cadavre, s'efforça de démontrer scientifiquement les idées de J.-L. PETIT. Il vit que l'injection d'un liquide dans l'articulation portait le fémur dans la flexion, l'abduction et la rotation en dehors et tendait à chasser la tête de sa cavité.

Pendant longtemps la théorie de J.-L. PETIT fut adoptée d'une façon exclusive par la majorité des chirurgiens, et dernièrement encore M. WIDAL (1) considérait l'hydarthrose comme le facteur principal du déplacement articulaire. Il basait son opinion sur un cas de luxation subite du radius consécutive à une blennorrhagie où il observa un épanchement considérable.

Cette théorie est, selon nous, passible de plusieurs objections :

D'abord, comme le fait remarquer justement M. DUPLAY (2), « dans les arthrites aiguës, l'attitude vicieuse prise par l'articulation malade n'est pas toujours celle

(1) WIDAL. — *Société médicale des Hôpitaux*, 26 juillet 1895.

(2) DUPLAY. — *Loco citato*.

qu'elle devrait offrir par le fait de l'épanchement. Dans bien des cas, en effet, les malades adoptent une attitude particulière dans le but d'éviter la douleur et d'immobiliser plus complètement l'articulation enflammée. C'est ainsi que dans les arthrites de la hanche, où la distension de la capsule doit entraîner la flexion avec l'abduction et la rotation en dehors, très fréquemment on voit au contraire le patient mettre le membre impotent dans la flexion en dedans, afin de supprimer la douleur résultant de la pression exercée sur la hanche malade dans le décubitus dorsal et d'immobiliser le membre lésé, en le plaçant sur le membre sain. »

On le voit, les expériences de PARISE, exactes sur le cadavre, ne sont plus absolument en rapport avec les faits cliniques observés sur le vivant.

Il ne nous reste donc de la théorie de l'accumulation de liquide que les affirmations de J.-L. PETIT.

Or l'articulation coxo-fémorale enveloppée d'un manchon musculaire très épais ne se laisse pas examiner comme l'articulation du genou et il nous semble impossible de constater sur un malade la présence de l'hydarthrose. PETIT avoue enfin qu'il n'a jamais fait la vérification *post mortem* de son hypothèse.

Comme nous l'avons exposé au chapitre de l'anatomie pathologique, les constatations faites au cours de l'arthrotomie et les autopsies pratiquées dans quelques cas rares ne paraissent pas en faveur de cette théorie. Le plus souvent en effet l'épanchement intra-articulaire était peu abondant et d'autres lésions concomitantes plus graves expliquaient suffisamment la luxation.

Enfin remarquons, avec KUMMER, que même, en recon-

naissant au liquide « le pouvoir de conduire la tête au niveau du bord du cotyle, il laisse cependant à une cause extérieure le soin de la précipiter au dehors ».

Si nous avons réuni toutes ces objections, ce n'est pas pour contester l'existence de l'hydarthrose ; nous croyons au contraire qu'elle a une action réelle et incontestable : « elle ramollit, distend, relâche la capsule et les ligaments et par suite détruit l'adhésion intime des surfaces articulaires et leur permet de s'abandonner ».

2° THÉORIE DE VERNEUIL OU THÉORIE DE L'ACTION MUSCULAIRE. — C'est le 31 octobre 1883 que M. VERNEUIL présenta à la Société de Chirurgie sa théorie de l'action musculaire. Pour lui, la contracture d'un groupe de muscles dont l'action n'est plus contrebalancée par les muscles opposés atrophiés et parésiés constitue, dans le mécanisme de la luxation spontanée, le facteur le plus important.

Voici, du reste, comment ce grand chirurgien s'exprime dans sa communication :

« Par suite de la flexion de la cuisse avec adduction et rotation en dedans, le cotyle ne met plus obstacle à l'issue de la tête. La capsule et les muscles fessiers seuls opposent une barrière à cette issue. Mais la capsule se ramollit et se distend, les muscles affaiblis cèdent à leur tour, la tête du fémur, poussée en arrière par les adducteurs et le couturier, ne rencontrant plus devant elle de résistance assez forte, passe par-dessus le rebord cotyloïde et se porte dans la fosse iliaque. »

Pas plus que l'hydarthrose, les lésions des muscles ne sont capables, à elles seules, d'expliquer la luxation spontanée. Du reste, si dans la majorité des cas la parésie et l'atrophie des fessiers jointes à la contracture des ad-

ducteurs coïncident avec la luxation iliaque, il est des cas aussi où ces mêmes altérations musculaires se rencontrent avec des luxations soit ovalaires, soit obturatrices. HARTMANN (obs. 41) cite une observation personnelle de luxation obturatrice dans laquelle il existait manifestement une parésie et une atrophie du grand et du petit fessier. « Celle-ci, dit-il, en cette circonstance, ne peut donc être regardée comme la cause même de la luxation; ce n'est pas elle, à coup sûr, qui, dans notre observation, a pu, en cessant de soutenir la capsule en arrière, permettre à la tête de se luxer en avant. »

3° **THÉORIE MIXTE.**— Après l'étude et la critique de ces opinions, quelle sera notre conclusion sinon que, pour nous, la vérité se trouve dans une théorie mixte. J.-L. PETIT et VERNEUIL, à notre avis, sont tombés dans un exclusivisme trop absolu, en admettant une seule cause à un phénomène qui est sous la dépendance de plusieurs.

Nous sommes ainsi amené à une pathogénie éclectique qui est déjà celle adoptée par FORGUE et MAUBRAC, dans leur traité.

Peut-être pourrait-on diviser les différents facteurs qui interviennent dans la luxation en deux catégories : causes prédisposantes et causes déterminantes.

1° *Causes prédisposantes.* — Parmi celles-ci, nous ferons rentrer l'hydarthrose, qui, nous l'avons déjà dit, est incapable à elle seule de provoquer une luxation et ne peut que préparer le déplacement par le relâchement et l'élongation de la capsule et des ligaments.

Les muscles ou ligaments actifs ont subi à leur tour des modifications qui mettent l'articulation dans un plus

grand état de faiblesse et la livre plus entièrement aux causes déterminantes.

Un troisième facteur pathogénique des plus importants est l'attitude vicieuse prise par le membre dans les maladies de l'articulation. Quelles que soient en effet les lésions articulaires et péri-articulaires, si le membre est convenablement placé, la luxation ne se produira pas.

Mais au contraire, si la hanche par exemple, siège de l'arthrite, se met en flexion, adduction et rotation en dedans, la tête fémorale, à moitié sortie, dans cette position, de la cavité cotyloïde, pressera en un point toujours le même la capsule articulaire déjà altérée et ne tardera pas à la distendre.

Dans certains cas, enfin, la pression de la tête fémorale sur le bord supérieur et postérieur de l'acétabulum pourra produire à ce niveau une ulcération et faciliter encore la sortie.

Dans notre observation, l'érosion du bord du cotyle et de la tête fémorale révélée par la radiographie (pl. III et IV) n'a pas été sans jouer un certain rôle, croyons-nous, dans le mécanisme du déplacement.

C'est à elle peut-être aussi qu'était due cette facilité avec laquelle on pouvait à volonté réduire et reproduire la luxation.

2° *Causes déterminantes.* — Sur une articulation ainsi prédisposée, il suffira du moindre traumatisme, de la plus légère entorse, soit en descendant du lit, soit en se tournant dans le lit, une simple contraction réflexe, musculaire même, pour voir apparaître subitement la luxation.

Dans un cas de SCHOTTEN (obs. 28), le déplacement des surfaces articulaires s'est manifesté brusquement au

moment où la garde-malade soulevait l'enfant, après avoir passé un bras sous la nuque et l'autre sous la cuisse. VOLKMANN rapporte l'observation (56) d'une luxation qui se produisit lorsque le malade heurta légèrement la jambe contre une porte. Parfois même la cause déterminante a été si insignifiante qu'elle n'a pas été remarquée par le malade lui-même. « En résumé, dit KUMMER, la luxation secondaire, tout en étant préparée par des causes internes, reconnaît donc, comme la luxation traumatique ordinaire, l'intervention d'une violence comme cause effective et la différence pathogénique réside principalement dans le degré de cette dernière. »

CHAPITRE VI

Symptômes et diagnostic

VERNEUIL, en quelques lignes, donne une description remarquable des luxations spontanées. Certains points de son tableau se rapportent plus particulièrement aux déplacements consécutifs au rhumatisme articulaire aigu, mais dans son ensemble il reste suffisamment exact dans les autres maladies pour que nous ne croyions pas inutile d'en détacher les quelques phrases écrites par lui à ce sujet : « Un malade exempt de toute manifestation scrofuluse est atteint de rhumatisme articulaire fébrile ou d'arthrite mono-articulaire aiguë, les douleurs sont violentes, le membre est dans une attitude vicieuse. Un jour, les douleurs cessent presque subitement, on examine l'articulation affectée et on y constate une déformation considérable tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite ni suppuration, mais une difformité persistante ; si l'on réduit, on rend immédiatement au membre sa direction, sa forme, sa longueur, et au bout d'un certain temps, la guérison est obtenue. »

VERNEUIL, dans ses observations, a été frappé par la brusque cessation de la douleur qui suit la luxation.

Ce symptôme, soigneusement relevé dans plusieurs cas par ce chirurgien, n'a pas été signalé par les autres observateurs.

KUMMER, au contraire, constate, dans une observation personnelle de luxation iliaque post-rhumatismale, « l'apparition avec la luxation d'une douleur fort violente, si bien que le malade n'a cessé de crier toute la nuit qui suivit l'accident ».

Dans un autre cas de HANNON (1), l'épaule atteinte par le rhumatisme était le siège d'une grande souffrance, « quand tout à coup, dans la nuit, le malade ressentit une douleur si aiguë qu'elle domina tout ce qu'il avait éprouvé jusqu'à ce jour. Une luxation venait de se déclarer dans l'articulation malade ».

CAPELLE rapporte une observation de luxation post-typhique où les douleurs se montrèrent après que l'on eut porté le malade d'un lit à un autre. A ce moment, on remarqua la flexion et l'adduction de la cuisse.

BARWELL (obs. 78) enfin, dans un cas de luxation post-érysipélateuse, raconte qu'une nuit son malade ressentit de violentes souffrances dans la hanche droite et qu'à partir de ce moment il fut très boiteux.

Ces deux modes de la sensibilité : augmentation ou diminution de la douleur, sont en général des signes inconstants et d'exception.

Il est facile de se convaincre, par la lecture de toutes les observations et en particulier de la nôtre, que la ca-

(1) HANNON. — *Revue médico-chirurgicale*, t. X, 1851.

ractéristique de ces luxations subites est de se produire sans bruit et inopinément ; dans la majorité des cas, le premier symptôme observé a été la déformation.

CHAMPENOIS et d'autres auteurs essaient d'expliquer cette absence de symptômes douloureux par la prostration fréquente surtout dans la fièvre typhoïde, qui émousse beaucoup la sensibilité, et par le jeune âge des sujets. La température non plus ne nous offre pas de renseignements sérieux sur l'époque du déplacement, et les observations où l'ascension thermométrique a été notée sont peu probantes.

Quant aux autres symptômes objectifs, ils ne diffèrent en rien de ceux observés dans les luxations traumatiques.

Par conséquent, d'une façon générale, le diagnostic du déplacement n'offrira aucune difficulté.

Cependant la position du membre n'est pas toujours typique (obs. 22 de KUMMER); de plus il existe des cas où il est difficile de se prononcer entre un décollement épiphysaire et une luxation. Dans un cas de KUMMER, c'est seulement l'opération qui a permis de trancher la question.

Aussi lorsque, dans le cours ou la convalescence d'une maladie aiguë, on soupçonne une luxation, il faut en rechercher tous les signes, sans oublier celui de NÉLATON-ROSER, qui certainement est un des plus importants.

Enfin, il est un point plus délicat sur lequel M. SAINTON a appelé avec juste raison l'attention : c'est le diagnostic de la cause.

Chez l'enfant, on est plus habitué à rencontrer l'arthrite tuberculeuse, et en présence d'un déplacement articulaire survenu dans la convalescence d'une fièvre éruptive par exemple, on peut se demander si l'on n'a pas à

faire à une luxation coxalgique dont l'apparition a été favorisée par la maladie infectieuse. Aussi n'est-ce que par élimination et après un examen sérieux de l'articulation que l'on s'arrêtera au diagnostic de luxation subite consécutive à une maladie aiguë.

CHAPITRE VII

Pronostic et Traitement

PRONOSTIC. — Le pronostic, si l'on en croit plusieurs chirurgiens allemands, est des plus sérieux et la réduction par simples manipulations est ordinairement impossible. Ainsi KRONLEIN (1) écrit la phrase suivante :

« Quand la luxation est incomplète, il est encore possible parfois de la réduire, mais quand elle est complète, on peut se convaincre par l'étude de l'anatomie pathologique que les tentatives de réduction ne peuvent donner de résultat. »

VOLKMANN (2) semble partager cette opinion.

SONNENBURG (3), dans un cas de luxation, craignant que la tête fémorale ne soit fixée solidement par des adhérences, considère *à priori* comme impossible la réduction par manipulations et s'adresse à l'ostéotomie.

FREEMANN, parmi les Anglais, n'émet pas sur le pronostic un avis plus favorable : pour lui, les tissus fibreux de nouvelle formation qui fixent déjà la tête fémorale sur l'ilium lorsqu'on s'aperçoit du déplacement et les lésions de la jointure rendent toute manipulation infructueuse.

(1) KRONLEIN. — In BILLROTH und LUCKE, Lieferung, 26, 1882 p. 119.

(2) VOLKMANN. — In PITHA und BILLROTH, Handbuch der all. und spec. chirurg. 1865, t. II, 2^e partie, p. 5, 6, 7.

(3) SONNENBURG. — Archiv. für klin. Chirurg. XXXII, 4, p. 841.

En France, plusieurs chirurgiens parmi les plus autorisés portent sur l'avenir de ces luxations un pronostic des plus pessimistes. Dans une clinique du professeur DUPLAY (mai 1898) nous relevons les phrases suivantes : « Mais en dehors de ces deux variétés (luxations paralytiques et luxations par relâchement ligamenteux essentiel ou acquis), dans lesquelles le déplacement peut être réduit et maintenu par le port d'un appareil, il ne faut pas, dans la plupart des autres variétés, compter sur la réduction qui est le plus souvent impossible. C'est ainsi que des luxations spontanées consécutives aux arthrites sont presque toujours irréductibles. »

Nous lisons encore dans le *Traité de chirurgie* de DUPLAY et RECLUS les lignes qui suivent :

« La réduction des luxations spontanées, suites d'arthrites infectieuses, est bien difficile, sinon impossible; il n'y a guère qu'un fait de CAPELLE dans lequel elle ait été maintenue. LANNELONGUE a aussi rapporté un exemple de réduction, mais la moindre pression sur le trochanter reproduisait la luxation. Il n'y a qu'une intervention chirurgicale, l'arthrodèse, qui puisse remédier à ces désordres, mais jusqu'ici on ne compte guère de tentatives faites dans ce sens. »

Telle n'est pas l'opinion de M. KIRMISSON et de ses élèves, MM. HARTMANN et SAINTON. Dans une communication faite à la Société de Chirurgie, en 1894, M. KIRMISSON s'exprime ainsi : « Analogues aux luxations traumatiques, elles doivent être traitées comme elles par la réduction sous le chloroforme et les faits démontrent que cette réduction bien conduite aboutit le plus souvent à la guérison. »

Notre observation, à ce point de vue, corrobore encore les idées de notre maître, car la luxation, malgré son ancienneté (4 mois), fut encore assez facilement réduite.

De plus, si nous consultons le tableau où sont consignés 80 cas de luxations spontanées, nous relevons la statistique suivante :

40 fois, la réduction fut obtenue par simples manipulations.

7 fois, l'extension continue triompha de la luxation.

3 fois, on eut recours à la section préalable des tendons contracturés.

Si on retranche les 8 cas où, soit par faiblesse extrême du malade, soit par idée préconçue, le chirurgien ne fit aucune tentative de réduction manuelle, il ne reste que 11 cas ayant nécessité une opération sanglante.

Ajoutons à notre énumération la statistique de KEEN, où, 11 fois sur 27, les manœuvres réussirent.

Il n'est donc pas douteux pour nous que ces luxations soient réductibles. BARDELEBEN (1) pense même qu'elles sont plus favorables aux manœuvres de réduction que les luxations traumatiques, « car, dit-il, dans les tissus malades, la formation d'une nouvelle articulation ne se fait pas aussi rapidement et d'une façon aussi complète que dans une luxation produite par un accident ».

Nous pouvons du reste citer plusieurs cas de réduction obtenue après un déplacement articulaire datant de un mois (HARTMANN), un mois 1/2 (JOURDAN), deux mois (GOLDTWAIT), trois mois (MCKENZIE), trois mois 1/2 (BROWN), quatre mois (KIRMISSON et notre cas), cinq mois (DITTEL).

(1) BARDELEBEN. — *Lehrbuch der Chirurgie*, vol. II, p. 617.

Cependant, d'une façon générale, la réduction manuelle aura d'autant plus de chances de succès que les luxations seront plus récentes; elles se conduisent, à ce point de vue, comme les luxations traumatiques.

TRAITEMENT. — Avant d'aborder le traitement curatif, il nous faut étudier le traitement préventif ou prophylactique.

1^o Traitement prophylactique. — Son but est de prévoir la luxation et de lutter contre elle. Celle-ci, nous l'avons déjà dit au chapitre de l'anatomie pathologique, demande pour se produire une attitude vicieuse préexistante qui est, à la hanche par exemple, la flexion, l'adduction et la rotation en dedans.

Si donc le chirurgien, en présence d'une arthrite aiguë, prend la précaution de placer la cuisse du malade dans la rectitude, d'éviter la flexion sur le bassin et la rotation du fémur, soit en dehors soit en dedans, la luxation deviendra impossible.

Mais il est une autre complication qui se présente assez souvent dans les arthrites et que l'on ne devra pas perdre de vue : c'est l'ankylose.

Or, par une heureuse coïncidence, les positions qui préviennent les luxations sont aussi celles qui placent dans les cas d'ankylose les membres dans la position la plus favorable à leur fonctionnement ultérieur.

L'immobilisation dans une gouttière de BONNET sera le moyen le meilleur, non seulement pour éviter le déplacement des surfaces articulaires, mais aussi pour favoriser la guérison de l'arthrite. Chez notre petite malade, l'immobilisation eut pour résultat immédiat de faire tomber en un jour la température de 40° à 38° et de calmer d'une

façon très notable la douleur de la hanche. N'est-ce pas un moyen antiphlogistique de premier ordre ? S'il y a tendance à l'adduction, on se servira avec avantage de la gouttière de BONNET articulée. Cette modification apportée par M. KIRMISSON permet de donner l'abduction nécessaire à la cuisse.

Dans les cas où il existe de la contracture des adducteurs, l'extension continue, soit seule, soit combinée avec l'emploi de la gouttière précédente, sera préférable.

2° *Traitement curatif.* — Le principe qui doit diriger la thérapeutique curative de ces luxations est que, toujours et quelle que soit leur ancienneté, il faut tenter la réduction manuelle. Nous exceptons cependant les cas où le malade est trop affaibli pour supporter cette intervention faite surtout avec l'anesthésie chloroformique.

Il faut alors savoir patienter, car ce n'est pas un retard de quelques semaines qui rendra les tentatives plus infructueuses. Plusieurs observations le témoignent. Il y a cependant intérêt à ne pas trop attendre. On sait en effet que la réduction est d'autant plus facile que la luxation est plus récente.

Disons d'abord que, selon nous, l'habileté du chirurgien et la manière d'opérer ne semblent pas étrangères au succès de la réduction.

En présence d'une luxation subite consécutive à une maladie aiguë, nous n'hésiterions pas à recourir à la méthode employée par M. KIRMISSON. Elle se recommande par sa simplicité et de plus, dans les mains de notre maître et dans celles de M. HARTMANN, elle n'a jamais donné aucun échec.

C'est elle qui a servi à réduire la luxation de notre malade.

Voici les manœuvres qu'exécute M. KIRMISSON.

Le malade est chloroformisé, car l'anesthésie générale facilite beaucoup l'opération.

Faisant solidement fixer le bassin par un aide, on commence par imprimer à la cuisse une flexion complète, puis quelques légers mouvements d'adduction ; à ce moment, il faut ordinairement lutter contre une contraction des adducteurs. Celle-ci vaincue, on peut imprimer au membre des mouvements de plus en plus étendus de circumduction. Enfin, à un moment donné, pendant l'abduction combinée à la demi-flexion et la rotation en dehors, on sent la tête qui glisse en avant du plan formé par la tubérosité de l'ischion ; elle réintègre doucement, lentement la cavité cotyloïde. A ce moment, on s'assure autant que possible de la réduction, en plaçant le membre dans la rectitude et l'abduction.

D'autres manœuvres ont été préconisées par différents auteurs.

Ainsi CHAMPENOIS recommande les mouvements auxquels PACI a recours pour la réduction des luxations congénitales. Elles consistent, en résumé, à fléchir la cuisse sur le bassin et à lui imprimer un mouvement d'abduction, de rotation externe et d'extension. « Pour la bonne réussite, dit PACI, il faut exécuter toutes les manœuvres avec la plus grande lenteur, de façon à exercer une force insistante, graduée, uniforme, sans secousses. »

Le bruit particulier caractéristique de la rentrée de la tête du fémur dans la cavité cotyloïde ne s'observe ordinairement pas dans la réduction des luxations consécutives.

M. KIRMISSON appela le premier l'attention sur ce point particulier à propos d'un déplacement qu'il réduisit en 1892.

Dans un cas, « au moment où la tête rentra dans la cavité cotyloïde, il sembla qu'elle pénétrait dans quelque chose de mou ; pour employer une expression qui fut donnée au moment même de la réduction par un des assistants, on aurait cru que la tête fémorale entrait dans la cire ou dans le beurre ».

Dans l'observation de M. HARTMANN, la réduction se fit lentement, progressivement, sans ressaut, sans claquement brusque.

M. KIRMISSON, dans notre cas personnel, sentit à un moment donné la tête réintégrer doucement, lentement, la cavité cotyloïde.

3° *Traitement consécutif*. — La réduction obtenue, le rôle du chirurgien n'est pas terminé, car un traitement consécutif est indispensable. C'est un point, croyons-nous, sur lequel on n'a pas assez insisté. Il ne faut pas oublier, en effet, que ces luxations s'accompagnent de lésions articulaires plus ou moins considérables qui les rapprochent de la coxalgie et, comme telles, doivent être immobilisées.

C'est l'oubli de cette considération importante qui, dans notre cas particulier, a provoqué la récurrence de la luxation et qui a été aussi la cause des résultats incomplets, parfois nuls de la réduction, observés par d'autres chirurgiens.

Il nous semble donc nécessaire d'appliquer immédiatement après la réduction un appareil plâtré embrassant la cuisse et le bassin, et maintenant le membre dans une position moyenne d'abduction.

C'est seulement après un temps variable (un mois, deux mois et plus, suivant les lésions articulaires présumées ou constatées par la radiographie et la plus ou moins grande tendance à la récurrence), que l'on se décidera à enlever l'appareil.

A ce moment, si l'articulation paraît suffisamment solide, pour éviter la raideur articulaire, on peut commencer, mais avec beaucoup de prudence, quelques mouvements passifs, puis, un peu plus tard, permettre des mouvements actifs.

Les premières tentatives de marche seront faites avec des béquilles, et, suivant le conseil de FREEMANN, on pourra aussi surélever la chaussure du pied du membre sain pour reporter sur lui la plus grande partie du poids du corps. De cette façon, dans l'hypothèse de lésions osseuses acétabulaires, on en obtiendra plus rapidement la guérison.

Pendant tout ce temps, le chirurgien surveillera attentivement l'attitude du membre et à la moindre tendance à l'adduction ou à la flexion, il n'hésitera pas à appliquer aussitôt soit l'extension continue, soit un nouvel appareil plâtré.

La récurrence, en effet, est à craindre pour ces luxations et surtout dans les cas où il existe des altérations des os.

Les exemples de reluxation qui suivent la réduction dans un temps variant de quelques heures à plusieurs jours, ne sont pas très rares et BONNET, VERNEUIL, DITTEL, DELENS, RUCH, SCHOTTEN, VOLKMANN, LORINSER, HANNON, FIORANI en citent des observations.

En présence d'une récurrence, il faut de nouveau tenter la réduction, qui est le plus souvent suivie de succès.

Sur 13 cas que nous relevons dans nos observations :
7 fois, les manipulations ordinaires réussirent ;
1 fois, on eut recours à l'extension continue ;
1 autre fois, la mort empêcha de faire aucune tentative ;
4 fois seulement, il y eut irréductibilité ; elle fut traitée
de différentes manières.

Il nous resterait à décrire la méthode par réduction lente employée la première fois par HUMBERT de Morlaix et de nos jours par FRIEDHEIM et SCHÖTTEN.

Mais l'extension continue, croyons-nous, est plutôt un procédé d'exception qui réussira bien rarement lorsque les tentatives manuelles auront échoué.

Enfin lorsque ces différents moyens seront impuissants à vaincre la luxation, on pourra recourir soit à une réduction sanglante, soit à la résection de la tête fémorale, soit encore à l'ostéotomie sous-trochantérienne, etc.

Nous ne faisons que signaler ces différents procédés opératoires dont l'étude sortirait du cadre de notre sujet.

CHAPITRE VIII

Tableaux d'observations
de Luxations subites consécutives
aux maladies aiguës

I. — Luxations subites consécutives à la Fièvre Typhoïde.

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
1	Baur.	Fem. 6 ans.	Fièvre typhoïde.	Hanche (variété ovalaire).	L'articulation ne présentait pas de suppuration, l' acetabulum sem- blait normal.	Manœuvres de réduction faites quelques jours après la luxation.	Réduction complète et guérison.	
2	Barwell.	Fem. 11 ans	Fièvre ty- phoïde (conva- lescence).	Hanche		Manœuvres, tentées 18 mois après la luxation, restèrent infruc- tueuses. On place alors le mem- bre dans l'abduction et l'extension. Mouvements passifs.	3 ans 1/2 après, amé- lioration; raccourcisse- ment 1/2 pouce, la malade pouvait marcher.	
3	Barwell.	Fem. 16 ans.	Fièvre ty- phoïde (pen- dant le cours de la maladie).	Hanche		Manœuvres tentées 4 mois après la luxation, sans succès.	La malade conserve une infirmité.	
4	Barker.	Fem. 14 ans.	Fièvre ty- phoïde (3 ^e se- maine de con- valescence).	Hanche		Premier essai de réduction sous chloroforme fut infructueux, mais réduction par la méthode de Bi- gelow.	Guérison complète.	

N° de l'observation	AUTEUR	SEXÉ ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'observation
5	Capelle.	Masc. 17 ans.	Fièvre ty- phoïde (cours de la maladie).	Hanche droite		Réduction par tractions faites 15 jours après la luxation.	Guérison complète.	
6	Capelle.	Fem. 9 ans.	Fièvre ty- phoïde (cours de la maladie).	Hanche (ilio-ischia- tique)		On ne fait aucune manœuvre de réduction, à cause de la faiblesse du malade.	Guérison.	La luxa- tion se pro- duisit au mo- ment du transport du malade d'un lit à un autre.
7	Capelle.	Masc. 15 ans.	Fièvre ty- phoïde (20 ^e jour de la ma- ladie).	Hanche droite		Manœuvres de réduction sans difficulté.	La réduction paraît as- sez bonne, mais n'est pas complète. Le membre est dans une meilleure situa- tion.	
8	Champenois	Masc. 9 ans.	Fièvre ty- phoïde (conva- lescence).	Hanche droite		18 ^e jour de la luxation. Manœu- vre de réduction qui réussit, puis application d'un appareil plâtré et extension continue.	Guérison après anky- lose.	Abcès de la hanche
9	Champenois	Masc. 5 ans.	Fièvre ty- phoïde (18 ^e jour de la ma- ladie).	Hanche droite	Atrophie des muscles de la hanche.			

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
10	Delens	Masc. 10 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche droite		Au 15 ^e jour, manœuvres de ré- duction sous le chloroforme; ap- pareil silicaté. Récidive après ré- duction. Nouvelle réduction.	Guérison complète et l'enfant recouvre l'usage de son membre.	Il y eut une récidive qui fut ré- duite.
11	Delens	Masc. 16 ans	Fièvre ty- phoïde (au 3 ^{me} mois)	Hanche droite		Manœuvres de réduction et ap- pareil silicaté; on retire l'appareil un mois après; membre en abduc- tion, aussi on applique la gouttière de Bonnet.	La guérison paraissait assurée quand le malade contracte la varicelle et à partir de ce moment on le perd de vue.	
12	Dittel	Fem. 11 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche		Manœuvres de réduction.	Guérison complète; la jeune fille a même appris la danse.	Il y eut une récidive qui fut ré- duite au bout de 2 semai- nes.
13	Dittel	Masc. 16 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche droite (varié- té sciatique)	Contracture des muscles pelvifé- moraux.	La première tentative de réduc- tion échoua; une seconde précédée de l'extensomé réussit; mais récidive, et impossibilité de réduire, on se contente d'appliquer l'extension.	Guérison ?	
14	Dittel	Fem. 11 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche droite		Au 4 ^{me} mois, manœuvres qui réussirent.	Guérison. Le membre est cepen- dant un peu plus court.	Récidive au 14 ^{me} jour qui fut ré- duite de nou- veau.

N° de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
15	Dittel	Fem. 8 ans 1/2	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche		Réduction par manipulation.	Guérison, mais raccour- cissement de un pouce.	Récidive au 6 ^m e mois, puis réduction avec fracture de l'épiphyse inf. du fe- mur.
16	Freemann	Fem. 10 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche gauche	Atrophie des fessiers et des muscles de la cuisse.	2 mois 1/2 après luxation, ma- nœuvres de réduction.	Guérison complète, mais raccourcissement d'un dé- mi-pouce.	
17	Friedheim	Masc. 15 ans	Fièvre ty- phoïde (conva- lescence, 5 ^e semaine).	Hanche droite	Atrophie de la cuisse	Au 4 ^e mois de la luxation, ma- nœuvres de réduction qui réus- sissent, mais récidive dès qu'on cesse la traction, extension continue pendant 6 mois.	Les mouvements de la hanche sont libres quoi- que n'allant pas tout à fait jusqu'aux limites nor- males. Le malade peut marcher. Le résultat fonctionnel définitif fut parfaitement bon,	La réduction, qui ne pouvait être maintenue, était attri- bue au dé- collement du sourcil co- tyloïdien.
18	Guterbock	Masc. 20 ans	Fièvre ty- phoïde (conva- lescence, 4 ^e se- maine).	Epaule (variété susco- racoïdienne)		Manœuvres de réduction faites dans les premiers jours de la luxa- tion.	Guérison complète.	

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
19	Güterbock	Masc. 10 ans	Fièvre typhoïde (convalescence, 9 ^e semaine).	Hanche droite		Manœuvres de réduction réussissent immédiatement.	Guérison achevée par traitement orthopédique.	
20	Kronlein	Fem. 8 ans	Fièvre typhoïde (dans le cours de la maladie).	Hanche droite		Manœuvres de réduction sans succès, l'extension continue n'amène pas non plus la réduction.	5 mois après, la malade est renvoyée chez elle conservant sa luxation.	
21	Kummer	Fem. 10 ans 1/2	Fièvre typhoïde	Hanche gauche	Atrophie considérable des fessiers. Épaississement de la capsule; cavité cotyloïde comblée par du tissu fibreux.	Au 2 ^e mois de la luxation, manœuvres de réduction sans résultat. Arthrotomie et nouveaux essais de réduction infructueux. Résection de la tête fémorale.	La malade marche avec peu de boiterie, grâce à l'abaissement du bassin du côté gauche.	
22	Kummer	Fem. 10 ans	Fièvre typhoïde (8 mois après le début de la maladie)	Hanche gauche		4 ^e mois de la luxation, manœuvres de réduction infructueuses, fracture du col du fémur. Extension continue.	La malade marche avec 4 centimètres de raccourcissement au lieu de 8 qui existaient au début.	Le membre est en adduction, mais il n'y a ni flexion, ni rotation en dedans
23	Leclerc	Masc. 9 ans	Fièvre typhoïde (convalescence).	Hanche droite		Manœuvres de réduction faites avec succès le 5 ^e jour de la luxation.	Guérison complète.	

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
24	Lorinser	Masc. 12 ans	Fièvre typhoïde (convalescence).	Hanche gauche		Manœuvres de réduction échouent, on fait de l'extension continue qui réussit.	Réduction parfaite et définitive.	
25	Jourdan	Masc. 10 ans	Fièvre typhoïde (convalescence, 3 ^e mois).	Hanche gauche		4 ^e mois, manœuvres de réduction qui réussissent. Puis après quelques jours élévation de la température. Extension continue avec gouttière de Bonnet.	Réduction.	Les jours qui suivent la réduction, gonflement et ecchymose de la région, élévation de la température
26	Robert Jones	jeune enfant	Fièvre typhoïde	Hanche		Manœuvres de réduction.	Réduction complète. Le malade marche tout à fait bien.	
27	Ruch	Masc. 17 ans	Fièvre typhoïde (convalescence).	Hanche gauche	Sérosités, fongosités dans l'articulation. Destruction de la capsule, ligaments distendus, rugosités de la partie post. et sup. de la cavité cotyloïde.	Manœuvres de réduction qui réussissent, puis récidive, impossibilité alors de réduire, <i>résection</i> de la tête fémorale.	6 mois après, on constate raccourcissement de 6 centimètres. Le malade peut marcher sans canne et boîte peu.	Douleurs violentes au moment de la luxation

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
28	Schotten	Masc. 2 ans	Fièvre typhoïde	Hanche		Manœuvres de réduction qui réussissent. L'extension continue termine le traitement.	Guérison complète et définitive après 4 mois.	La luxation s'est manifestée au moment où la garde-souleva l'enfant après avoir passé un bras sous la nuque, l'autre sous les cuisses.
29	Frantz Seitz	Masc. 19 ans	Fièvre typhoïde (convalescence).	Hanche gauche	Atrophie des fessiers.			
30	Sonnenburg	Fém. 18 ans	Fièvre typhoïde (cours de la maladie)	Hanche		Dans une première intervention on fait l'ostéotomie du col du fémur. 3 mois 1/2 après, pour corriger l'adduction, Sonnenburg fait l'ostéotomie sous-trochantérienne.	La malade guérie peut marcher presque sans boiter.	Dans ce cas, aucune manœuvre de réduction ne fut tentée.

N° de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
31	Verneuil	Fém. 10 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence)	Hanche gauche		Verneuil, le 6 ^e jour de la luxa- tion, exerce une traction sur le membre qu'il porte en même temps dans la rotation en dehors et l'ab- duction.	La réduction est par- faite et tout fait espérer une guérison complète.	Au mo- ment où la luxation se produisit, les douleurs de la hanche, qui étaient très vives, disparurent aussitôt.
32	Weil	Masc. 15 ans	Fièvre ty- phoïde (con- valescence) 10 ^e semaine.	Hanche droite		Manœuvres de réduction sans résultat. Extension pendant 9 mois dans l'appareil de Volkmann.		
II. — Luxations subites consécutives au Rhumatisme								
33	Adams	Masc. 15 ans	Rhumatisme art. aigu (con- valescence).	Hanche		Ligament cap- sulaire rompu, le ligament rond avait son inser- tion normale. Les os étaient sains.	Le membre est bien droit, le malade marche sans béquilles.	

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
34	Brown	Fém. 8 ans	Rhumatisme art. aigu (con- valescence 3 ^{me} mois de l'attaque rhumatisma- le)	Hanche droite	Capsule déchirée en haut et en arrière, le ligament rond était déchiré, la cavité cotyloïde était infiltrée, le fibrocartilage était détruit en haut et en arrière	Au 4 ^e mois de la luxation, les manœuvres de Bigelow amènent la réduction. La mort empêcha de faire aucune tentative de réduction.	Réduction complète, la malade marche sans claudication, liberté entière des mouvements.	
35	Bonnet	Masc. 18 ans	Rhumatisme	Hanche gauche				
36	Dolbeau et Fornachon	Fém.	Rhumatisme (convalescence).	Hanche droite		Quelques mois après la luxation, pendant les manœuvres de réduction, fracture du col. On empêche par des mouvements de flexion et d'extension la consolidation de la fracture, afin d'obtenir une pseudarthrose.	Raccourcissement de 8 centimètres, la malade marche difficilement.	
37	Goldthwait	Fém. 30 ans	Rhumatisme articulaire aigu (convalescence).	Hanche		2 mois après la luxation, manœuvres de réduction qui réussissent facilement.	Guérison, pas de raccourcissement, marche normale.	

N° de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
38	Gibert	Fém. 11 ans	Rhumatisme articul. aigu (dans le cours de la maladie).	Hanche gauche		Quelques jours après la luxation, des manœuvres de réduction font revenir la tête dans la cavité coty- loïde.	Au bout de quelques se- maines, la malade fut com- plètement guérie.	Au mo- ment où la luxation se produisit, la malade res- sentit une très grande douleur.
39	Bonnet	Fém. 30 ans	Rhumatisme au cours du 4 ^e mois de la grossesse.	Hanche	Cavité cotyloïde ren- plie de suppuration; car- tilages de l'acétabulum et de la tête asserlés, le fibro-cartilage du rebord osseux de la cavité co- tyloïde était ulcéré en haut et en dehors.	Du 3 ^e mois, manœuvres de ré- duction qui réussissent. Immobi- lisation, qu'on est obligé de cesser à cause d'une eschare. Récidive de la luxation et la malade meurt d'in- fection puerpérale.	Mort d'infection puer- pérale.	Récidive par suppres- sion de l'im- mobilisation
40	Hannon	Masc. 45 ans	Rhumatis- me (cours de la maladie) 6 ^{me} jour.	Epaule (va- riété sous co- racôidienne).	Epanchement considérable dans l'articulation.	Au 6 ^e jour, manœuvres de ré- duction qui réussissent.	Guérison complète.	Au mo- ment de la luxation, le malade res- sentit une douleur vio- lente. Récidive qui fut suivie de ré- duction.

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
41	Hartmann	Fem. 18 ans	Rhumatis- me articulaire aigu générali- sé (cours de la ovulaire) maladie) 12 ^{me} jour.	Hanche gau- che (variété de la ovulaire).		Un mois après, manœuvres de réduction. M. Hartmann fléchit la cuisse à angle droit, il exécute des tractions verticales, après avoir chargé sur son épaule la région poplitée. En même temps on fait quelques mouvements de rotation; en joignant à la traction une légère adduction, on obtient la réduction, immobilisation et extension.	8 mois après la réduction la malade quitte guérie l'Hôpital, marchant sans canne, mais boitant légèrement.	La réduction se fit lentement, progressive- ment, sans ressaut, sans claquement brusque.
42	Kendal	Fem. 15 ans	Rhumatisme aigu	Hanche droite		La luxation datait de 3 ans au moment où la malade est présentée à Kendal. Aussi il considère comme inutiles et forcément infructueuses les manœuvres de réduction.		
43	Kummer	Masc. 8 ans 1/2 après.	Rhumatis- me (convales- cence) 1 mois après.	Hanche gauche	Atrophie des muscles de la cuisse.	5 semaines après la luxation, essais de manœuvres de réduction sans résultats. Traction forcée avec la vis de Lorenz qui arrive à réduire la tête fémorale dans la cavité cotyloïde.	2 mois après la réduction, il marche sans appui en boitant légèrement et 6 mois après, à part une légère atrophie, le malade marche sans boiter.	Au mo- ment de la luxation, violent don- leur. La ré- duction s'ac- compagna d'un léger bruit carac- téristique.

No de l'observation.	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
44	Mckenzie	Fem. 21 ans	Rhumatis- me (cours de la maladie).	Hanche droite	Contracture des adducteurs.	Trois mois après, manœuvres de réduction qui réussissent. Immo- bilisation dans l'appareil de Tho- mas.	1 mois 1/2 après la ré- duction, on supprime l'im- mobilisation; marche sans aide, mais boîte légère- ment. Revue au 10 ^e mois de la réduction, on consi- tate l'ankylose de l'arti- culation.	Pendant la maladie, pour soula- ger la mala- de, on avait le tort de met- tre la cuisse dans la fle- xion à l'aide d'un oreiller.
45	Parise		Rhumatis- me articulaire aigu.	Hanche			6 semaines après l'opé- ration, elle quitte l'Hôpi- tal. Raccourcissement de 4 centimètres; marche avec des béquilles.	
46	Ruch	Fem. 24 ans	Rhumatis- me (convales- cence, 1 mois).	Hanche gauche	Tête fémorale présente de non- breuses ulcéra- tions. La cavité cotyloïde est rem- plie de masses con- jonctives; à divers endroits, on peut sentir des saillies cartilagineuses.	Au 3 ^e mois de la luxation, ma- nœuvres de réduction sans résul- tat. Réduction de la tête fémorale.		
47	Stanley	Masc. 14 ans	Rhumatisme	Hanche droite		Stanley est consulté 12 mois après la luxation. Persuadé que la ré- duction est impossible, il repousse toute manipulation.	Le malade conserve sa luxation.	

N ^o de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
48	Stanley	Fém. 32 ans	Rhumatisme (convalescen- ce 10 ^e semai- ne).	Hanche droite		La malade étant au 8 ^e mois de sa grossesse, il ne parut pas pru- dent de tenter des manœuvres de réduction.		La luxa- tion se pro- duisit au moment où la malade quitta son lit
49	Strohmeyer	Masc. 18 ans	Rhumatisme	Hanche (va- riété obtura- trice).				Le genou droit, han- che droite, genou gau- che, hanche gauche(?) é- paule droite furent lésés. ged'arthrites purulentes que l'on ou- vrit.
50	Vœlkel	Masc. 20 ans	Rhumatisme	Hanche gauche.	Carie de la tête fémorale et de la cavité coty- loïde.	La mort empêche de faire des manœuvres de réduction.		
51	Verneuil	Jeune femme	Rhumatisme articulaire (15 ^e jour de la ma- ladie).	Hanche droite	Atrophie des fessiers	Verneuil ne fit pas au premier abord le diagnostic de luxation, et conseilla des béquilles; quand il revit la malade, il était trop tard.		Au mo- ment de la luxation, les douleurs cessèrent brusque- ment.

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
52	Verneuil	Masc. 16 ans	Rhumatisme articulaire ai- gu généralisé (15 ^e jour de la maladie).	Hanche gauche.		A cette époque, Verneuil ne croyait pas à la possibilité de la réduction.	Le malade conserve sa luxation.	Soulage- ment très grand, dans les douleurs de la hanche au moment où la luxa- tion se pro- duisit.
53	Verneuil	Fém. 50 ans	Rhumatisme aigu généra- lisé.	Genou gauche	Contracture des muscles posté- rieurs de la cuis- se.	Réduction sous chloroforme, mais dès qu'on cesse la traction, la luxation se reproduit. La double récidive est due à la contracture des muscles postérieurs de la cuisse. Verneuil, après réduction, immobilise dans un appareil, mais un élève ankylophobe fait exécuter un peu plus tard des mouvements à l'articulation. La luxation se ré- produit, il est impossible de la ré- duire. On fait alors la <i>résection</i> .	La malade meurt d'in- fection purulente con- sécutive à l'opération.	
54	Verneuil	Masc. 30 ans	Rhumatisme articulaire ai- gu.	Hanche gauche.		Manœuvres de réduction réus- sissent complètement. Immobilisa- tion dans la gouttière de Bonnet.	Guérison complète.	Quand la luxation se produit, les douleurs cessèrent.

N° de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
55	Verneuil	Jeune fille	Rhumatisme articulaire aï- gu (dans le cours de la maladie).	Genou gau- che (subluxa- tion).	Contractures des muscles fléchis- seurs de la cuisse. Parésie du tri- ceps fémoral.	Réduction manuelle facile. Im- mobilisation dans un appareil ina- movible.	Guérison complète.	La luxa- tion se pro- duit tout d'un coup à la suite d'un soubresaut et d'une con- traction musculaire énergique.
56	Volkman	Masc. 50 ans	Rhumatisme articulaire aï- gu.	Hanche droi- te (variété is- chiatique).		Réduction manuelle, appareil plâtré. Récidive, puis réduction.	Guérison complète.	La luxa- tion se pro- duit lors- que le mala- de heurte le genou de la jambe mala- de contre une porte. Récidive, au bout de 3 jours ; elle est réduite, de nouveau.
57	Nichol	Fém. 7 ans	Rhumatisme aigu avec cho- rée.	Hanche		Manœuvres de réduction fa- ciles.	Au bout de 4 mois, la malade quitte son appareil et marche sans boiterie.	

III. — Luxations subites consécutives à la scarlatine.

No de l'observation	AUTEUR	SEXÉ ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
58	Blache, Guersant, (relatée par Labbe)	Jeune enfant	Scarlatine (cours de la maladie, 17 ^e jour).	Hanche				
59	Dittel	Fém. 9 ans	Scarlatine (convalescen- ce)	Hanche droite	Contracture des muscles adducteurs	Après 5 mois de luxation, les ma- nœuvres de réduction réussissent.	Guérison en bonne posi- tion.	
60	Dittel	Masc. 9 ans	Scarlatine (convalescen- ce)	Hanche droite				
61	Guterbock	Enfant de 7 ans	Scarlatine (convalescen- ce) 3 mois	Hanche				
62	Karewski	Fém. 4 ans	Scarlatine	Hanche gauche	Atrophie des fessiers, tête non déformée. Liga- ment rond détruit. Liquide transpa- rent. Tissu con- jonctif dans la cavité cotyloïde.	Manœuvres de réduction sans succès. Arthrotomie et réduction facile. Pour éviter la récurrence, on enfonce 3 clous dans la partie pos- téro-sup. du sourcil cotyloïdien.	Après 3 semaines d'im- mobilisation, on exécute des mouvements. Raccour- cissement léger. Le malade marche sans boiterie ap- préciable.	

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
63	Kirmisson relat. cas de Jones Ewens		Scarlatine (cours de la maladie)	Hanche gauche				
64	Kirmisson	Masc. 10 ans	Scarlatine (après quel- ques sensai- nes).	Hanche droite		4 mois après la luxation, les ma- nœuvres de réduction réussissent, flexion forcée, circumduction et extension sont les mouvements qu'on exécute pour réduire. Im- mobilisation et légère traction.	Guérison complète.	La réduc- tion se fit doucement, mollement.
65	Robert Jones	Enfant	Scarlatine	Hanche		Réduction facile par manipula- tions.	Le malade marche tout à fait bien.	
66	Salman	Masc. 21 ans	Scarlatine	Hanche	Hydarthrose	Aucune manœuvre de réduction.	Le malade conserve sa luxation.	
67	Stanfield Collier	Masc. 10 ans 8 mois	Scarlatine (probable- ment) (conva- lescence)	Hanche droite	Contracture du tendon du psoas	Extension continuée pendant 15 jours, puis réduction après myoto- mie.	Guérison, mais légère claudication. Bonne fonc- tion de l'article.	
68	Stanfield Collier	Masc. 13 ans	Scarlatine (convalescen- ce)	Hanche droite	Atrophie mus- culaire. Partie an- térieure de la cap- sule intacte mais épaissie. Contrac- ture des adduc- teurs et du psoas.	Extension continuée pendant quel- que temps. Puis myotomie des ad- ducteurs et du psoas.	Hanche ankylosée, lé- gère flexion, mais le malade marche sans douleur et avec une légère boiterie.	Suppura- tion dans dif- férentes ar- ticulations.

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
69	Sturge	Fém. 14 ans	Scarlatine (10 ^e jour)	Articulation sterno-clavi- culaire		Réduction manuelle facile, mais récidive puis réduction. Immobili- sation.	Guérison.	Suppu- ration du cou. Récidive.
IV. — Luxations subites consécutives à la variole								
70	Friedheim	Masc. 12 ans	Variole (con- valescence)	Hanche gauche		Extension continue pendant six mois.	L'extension a produit un si bon effet que le ma- lade, approximativement guéri, peut quitter l'Hôpi- tal, muni d'un appareil de Taylor.	
71	Lorinser	Fém. 26 ans	Variole	Hanche gauche	Partie inférieure de la capsule épaissie et imbi- bée; liquides éreux en petite quantité dans l'articula- tion. Injection de la synoviale. Pseu- do-membrane sur la tête fémorale et membranes fi- breuses dans la cavité cotyloïde. Léger appatisse- ment du sourcil cotyloïdien.	La mort empêche de tenter des manœuvres de réduction.		

N ^o de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
72	Sonnenburg	Masc. 12 ans	Variole	Hanche gauche		Manœuvres qui réussissent à mettre la tête du fémur dans la région de la cavité cotyloïde, mais la réduction n'est pas complète. Immobilisation pendant 3 ou 4 semaines, le malade commence à marcher. Dans la crainte d'une récurrence, on applique la machine de Taylor.	Guérison. Attitude de la jambe normale.	

V. — Luxations subites consécutives à la Blennorrhagie

73	Harley	Fém. 25 ans	Blennorrhagie	Epaule droite		On applique le même bandage que pour une fracture de la clavicule.	Guérison complète.	
74	Karewski	Fém. 41 ans	Blennorrhagie	Hanche	On remarque sur la tête du fémur un sillon profond probablement dû à la pression du sourcil cotyloïdien.	Réssection de la tête fémorale après manœuvres de réduction infructueuses.	Guérison avec claudication.	
75	Widal	Masc. 24 ans	Blennorrhagie (2 ^e mois)	Tête du radius droit	Hydarthrose considérable. Ligament épais, rougeâtre, non purifié.	1 mois après la luxation, M. Lèjars tente la réduction sous le chloroforme, sans succès; résection de la tête du radius.	2 mois après, l'opéré quitte l'hôpital jouissant de tous les mouvements de son coude.	La luxation s'est effacée sans douleur.

VI. — Luxations subites consécutives à l'Influenza

N ^o de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
76	Eisendrath	Fém. 11 ans	Influenza (con- valescence)	Hanche droite	Atrophie des muscles de la cuisse. Presque toute la capsule était détruite ainsi que le ligament rond. Cavité co- tyloïde remplie de tissu fibreux. Cartilage érodé en plusieurs en- droits.	6 mois après la luxation, exten- sion continue. Contracte à ce mo- ment la scarlatine. 1 mois après la convalescence, on ouvre l'articula- tion et, par des tractions, on amène la tête dans l'acétabulum.	A la suite de l'arthro- tose, la plaie ne cicatrisa pas par première inten- tion. Le résultat ne fut pas aussi bon qu'on le dési- rait; ankylose.	
77	Fiorani	Masc. 12 ans	Influenza	Hanche droite	Gonflement de la tête fémorale et du grand tro- chanter.	Manœuvres de Paci qui amenèrent la réduction. Immobilisation pen- dant 15 jours. Extension continue pendant 4 mois et demi. — Réduc- tion. — Récidive. — Résection.	Guérison avec claudi- cation.	Récidive qui entraîna la résection.

VII. — Luxations subites consécutives à l'Érysipèle

N ^o de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE	ARTICULATION	LÉSIONS	TRAITEMENT	RÉSULTATS	Particularités
78	Barwell	Masc. 30 ans	Erysipèle	Hanche droite		Réduction complète par la mé- thode de Bigelow.	4 mois plus tard, le ma- lade se promenait sans au- cune boiterie.	La luxa- tion se pro- duisit lors- qu'il quitta son lit.

VIII. — Luxations subites consécutives à l'empyème du genou,

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
79	Dittel	Masc. 14 ans 1/2	Empyème du genou	Hanche gauche		Manœuvres de réduction qui réussissent et amputation de la cuisse.		

IX. — Luxations subites consécutives au rhumatisme infectieux

No de l'observation	AUTEUR	SEXE ET AGE	MALADIE qui a précédé la luxation et époque à laquelle celle-ci s'est produite	ARTICULATION LUXÉE	LÉSIONS ANATOMO- PATHOLOGIQUES	TRAITEMENT ET ÉPOQUE à laquelle il est institué	RÉSULTATS	Particularités de l'Observation
80	Verneuil	Enfant de 5 ans	Rhumatis- me infectieux consécutif à une fièvre éruptive (??)	Hanche		Manœuvres de réduction réus- sissent. Gouttière de Bonnet.	Les membres sont re- devenus et restent égaux et symétriques. L'enfant est perdu de vue.	

CONCLUSIONS

Arrivé au terme de ce travail, nous croyons pouvoir poser les conclusions suivantes :

1° Les luxations consécutives aux maladies aiguës sont rares, puisque nous n'avons pu réunir que 81 cas. Chiffre bien faible si l'on considère la fréquence des maladies telles que le rhumatisme, la fièvre typhoïde, la scarlatine, etc.

2° Dans toute luxation spontanée, l'existence de l'arthrite est constante. Dans les cas en effet où il a été possible d'examiner l'articulation, soit au cours d'une opération, soit *post mortem*, soit encore après radiographie, comme dans notre cas particulier, on a toujours trouvé des altérations de l'article.

Celles-ci sont plus ou moins considérables : épaissement, distension, destruction en partie ou en entier de la capsule et du ligament rond, atrophie, parésie et paralysie d'un faisceau de muscles, contracture du groupe opposé, enfin altérations osseuses le plus souvent peu considérables, telles furent les lésions anatomo-pathologiques qui furent constatées.

3° L'opinion de J.-L. PETIT, de même que les idées de VERNEUIL, sur le mécanisme de ces luxations nous paraissent trop exclusives et pour nous la vérité se trouve dans

une théorie éclectique, qui tient compte de tous les facteurs pathogéniques.

4° Enfin, il suffit de jeter un coup d'œil sur notre statistique pour se convaincre que ces luxations sont réductibles, et longtemps réductibles, et que, par conséquent, leur pronostic a été jusqu'ici trop assombri.

Donc, en présence d'une luxation consécutive, le chirurgien devra toujours tenter la réduction manuelle et ne s'adresser à l'extension continue et aux interventions sanglantes que dans les cas où les manœuvres ordinaires faites sérieusement, à plusieurs reprises, n'auront donné aucun résultat.

Vu : *le Président de Thèse,*

TILLAUX.

Vu : *le Doyen,*

P. BROUARDEL.

Vu : *Permis d'imprimer.*

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

Index bibliographique

- ADAMS (Williams). — *British medical journal*, 1^{er} nov. 1884, p. 869 (Obs. 33).
- BARDELEBEN. — Lehrbuch der Chirurgie, vol. II, pages 617, 712, 741.
- BARWELL. — Luxation spontanée de la hanche (*Royal medico-chirurg. society*, 28 avril 1896, et *British medical Journal*, 2 mai 1896, p. 1090 (Obs. 2, 3 et 78).
- BARKER. — (Obs. 4). Voir ADAMS.
- BAUR. — (Obs. 1). Voir JESCHINSKY.
- BLASIUS (Richard). — Dissertation inaug. Halle, 1869.
- BONNET. — Traité des maladies des articulations, 1843.
- Mémoire sur les positions des membres dans les maladies articulaires (*Gazette médicale*, nov. 1840).
- Traité thérapeutique des maladies articulaires. Paris, 1853, p. 469. (Obs. 35 et 39). Voir DIDIER.
- BOURCY — Déterminations articulaires dans les maladies infectieuses.
- BOUVIER. — Luxation spontanée de la hanche (*Bull. de la Société de chirurgie*, 1853).
- BOYER. — Traité des maladies chirurgicales. Paris, 1831.
- Des luxations spontanées ou consécutives du fémur, 1831, t. IV, ch. XII, p. 305.
- BRODIE. — Pathological researches and surgical observations on the joints. London, 1818.
- BROWN. — *Boston medical Journal*, 29 sep. 1870. (Obs. 34).
- BUOT. — Pseudo-rhumatisme typhique (Thèse. Paris, 1883.)
- CABOCHE. — *Revue d'orthopédie*. 1898.
- CALOT. — Trait. des luxations cong. et pathol. de la hanche (9^e Congrès franç. chir. 1895). — *Gazette des hôpitaux*, 31 déc. 1895, p. 1473.
- CAPELLE. — Quelques considérations sur la luxation du fémur dans la fièvre typhoïde (*Journal de médecine de Bruxelles*, 1864, t. XXXII, p. 456 (Obs. 5, 6, 7).

- CHAMPENOIS. — Des luxations subites se produisant dans le cours des maladies aiguës (Thèse de Lille, 1894) (Obs. 8 et 9).
- CHEVALET. — Complications articulaires de la scarlatine (Thèse de Paris, 9 juin 1891).
- COLLIER STANFIELD. — Dislocation of the Hip-joint arising in connection with acute fevers (*British med. journal*, oct. 1898, p. 1138.) (Obs. 67, 68).
- COOPER. — Dislocations and fractures, 1842, p. 81.
- DELENS. — Deux observations de luxation de la hanche à la suite de la fièvre typhoïde (*Soc. de chirurgie*, nov. 1883, p. 801). (Obs. 10).
- DESAULT. — Mémoire sur les luxations spontanées du fémur. OEuvres publiées par Bichat, 1798, p. 314.
- DIDIER. — Les luxations pathol. consécutives aux arthrites rhumatismales aiguës (Th. de Paris, 1880).
- DITTEL. — Luxation secondaire de la hanche (*Æsterr. Zeitschr. für Anat. und phys.*, 1873.)
- Luxation secondaire de la hanche (*Æsterr. Zeitschr. für praktisch Heilk.*, t. VIII, 1861.)
- Sur la réduction des luxations spontanées (*Wiener med. Jahresber.*, t. XIII, p. 133, et *Wiener Zeitschrift*, t. XXIII, 1867.) (Obs. 12, 13, 14, 15, 59, 60, 79). Voir DIDIER.
- DOLBEAU. — Leçon clinique, 1864 (Obs. 36). Voir DIDIER.
- DUPLAY. — Luxation spontanée de la hanche (*Presse médicale*, 14 et 25 mai 1898.)
- DZONDI. — De la luxation spontanée du fémur (*Arch. gén. de médecine*, février 1834, p. 302, 2^e série, t. IV.)
- EISENDRATH (Daniel), de Chicago. — (*Annals of Surgery*, octobre 1897) (Obs. 76).
- ERICHSEN. — The science and art of Surgery, 1888, vol. I, p. 709.
- EWENS JONES. — (Obs. 63). Voir KUMMER.
- FIORANI. — *Archivio di Orthopedia* (fasc. 4-5, 1892) (Obs. 77).
- FORGUE et MAUBRAC. — Des luxations pathologiques, 1886.
- FREEMANN. — Luxation spontanée de la hanche au cours d'une fièvre typhoïde (*Méd. News*, 26 oct. 1895) (Obs. 16).
- FRIEDHEIM. — Ueber die spontan. luxation des Huftgelenks nach typhus und ihre Behandlung (Thèse Berlin, 1885) (Obs. 17, 70).
- GIBERT. — (Obs. 38). Voir RUCH.
- GOLDTHWAIT. — Le traitement des disjonctions articulaires consé-

- cutives aux affections rhumatismales (*Boston méd. Journ.* 28 janv. 1884) (Obs. 37).
- GOLEZ. — Fièvre typhoïde. Lésions osseuses dans la convalescence (Thèse 1883-84).
- GROSS. — Luxation ancienne de la hanche et son traitement chirurgical (*Bull. méd.* 17 février 1897).
- GUTERBOCK. — *Langenbeck's Arch.*, vol. XVI, p. 58. (Obs. 18, 19, 61).
- HANNON. — *Rev. médico-chirurgicale*, tome X, p. 103, 1831 (Obs. 40).
- HARLEY. — (Obs. 73) voir BARWELL.
- HARTMANN. — Luxation spontanée obturatrice de la hanche gauche au cours d'une coxite aiguë (*Bull. Soc. de chirurg.* 1894, XX, p. 203 (Obs. 41).
- Luxation spontanée de la hanche au cours d'une coxite aiguë (*Revue d'Orthopédie*, 1^{er} mai 1894).
- HAYWARD. — *Surgical Reports*. Boston, 1835, p. 72. (Il cite 1 cas de luxation post-typhique).
- HEINE. — Ueber spontane und cong. Luxat. Stuttgart, 1842.
- HELWIG. — Inaugural dissertation. Marburg, 1836. (Il rapporte 12 cas de luxation post-typhique).
- HOLT. — Spontaneous dislocations (*Lancet*. London, 1850 p. 634).
- HUMBERT DE MORLAIX et JACQUIER. — Essais et observations sur la manière de réduire les luxations spontanées ou symptomatiques de l'articul. iléo-fémoral. 1835, pp. 121 et suivantes.
- JOURDAN, de Marseille. — Luxation post-typhique de la hanche, in *Assoc. franç. de chirurg.* XII Congrès et *Presse médicale*, 5 nov. 1898, p. 277. (Obs. 25).
- JESCHINSKY. — Thèse. Halle, 1869.
- KAREWSKI. — Luxation spontanée dans une coxalgie blennorragique (*Berl. klin. Woch.* 21 mars 1892, p. 290). (Obs. 74). — *Centralblatt fur chirurg.* 19 sept. 1892. (Obs. 62).
- KEEN (William). — On the surgical complications and sequels of the continued fevers (Toner Lectures n° V, IV, 68 p. 8°. Washington, 1877. — *Smithsonian Miscellaneous Collections*. Washington, XV.
- KENDAL (Franks). — *Trans. of the Royal acad. of medicine in Ireland* 1883, p. 161 (Obs. 42).
- KIRMISSON. — Rapport sur une observation de Hartmann (*Bull. Soc. de chirurg.*, t. XX, 1894, p. 203.
- *Revue d'orthopédie*, n° 5, 1892, p. 366 (obs. 64.)
- KOENIG. — Die tuber. Knochen in Gelenke. 1884.

- KRONLEIN. — Spontane luxationen (*Deutsche chirurg.*) Billroth und Lücke, Lieferung 26, 1882, p. 149.)
- KRONLEIN. — Arch. für klin. Chir., supplément du tome XXI, p. 313 (Obs. 20).
- KUMMER. — Trois cas de luxation coxo-fémorale spontanée chez des enfants (*Rév. méd. Suisse romande*, sept. 1898). — *Revue de chirurgie*, janvier 1898. (Obs. 21, 22, 43).
- LABBÉ (Léon). — De la coxalgie (Th. de concours, 1863) (Obs. 58).
- LANNELONGUE. — Luxation path. de la hanche, mécanisme des luxations dans les ostéo-arthrites infectieuses (*Bull. de la Soc. de Chirurg.* XIII p. 47-22, 1887).
- LARREY. — Mémoires et campagnes, 1817.
- LECLERC. — Lux. pathol. de la hanche dans la convalescence d'une fièvre typhoïde (*Bull. Soc. de chirurg.* 1890, XVI, p. 815, et 14 janvier 1891).
- *Revue de Chirurgie* 1891, p. 161. Rapport de M. Nélaton (obs. 23).
- LE FORT. — Des paralysies avec atrophie aiguë de quelques groupes de muscles dans certaines affections articulaires, en particulier dans l'hydarthrose (*Bull. et mém. de la Soc. de chirurg.* 22 mars 1876).
- LESAUVAGE. — Mémoire théorique et pratique sur les luxations dites spontanées ou consécutives (*Arch. gén. de médecine*, nov. 1835, 2^{me} série, t. IX, p. 257).
- LORINSER. — *Wiener méd. Woch.* 1853 et Schmidt's Jahrbucher, t. 81, p. 350. (Obs. 24, 71).
- MALGAIGNE. — Obs. sur le diagnostic différentiel des luxations congénitales et des luxations de la première enfance (*Rev. méd. chirurg.* 1853).
- *Traité des fractures et des luxations*, t. II, 1855.
- MASSE. — De l'influence de l'attitude des membres sur leurs articulations, 1880.
- MCKENZIE. — *Trans. american. orthoped. ass.*, vol. V, p. 35 (Obs. 44).
- NÉLATON (Ch.). — *Traité de chirurgie de Duplay et Reclus*, t. III, p. 348.
- NICHOL. — *The Lancet*, mars 1893 (Obs. 57).
- PACI. — *Traité des lux. cong. iliaques* (*Rev. d'orth.*, 1^{er} sep. 1894, p. 321).
- PARISÉ. — *Recherches historiques, physiol. et pathol. sur le méca-*

- nisme des luxations spont. (*Arch. de méd.*, 1842, III^e série, t. XIV, p. 1 à 142). (Obs. 45). Voir DIDIER.
- PETIT (J.-L.). — Obs. anat. et pathol. sur les chutes qui causent une lux. de la cuisse dont les auteurs n'ont point écrit (*Mém. de l'Académie des Sciences*, ann. 1722, p. 147.)
- Traité des maladies des os, t. I, p. 17, 1741.
- PHOCAS. — Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines mal. aiguës (*Gaz. des Hôp.*, 15 nov. 1894).
- PUTEGNAT. — Note sur les lux. pathogéniques produites par le relâchement des téguments (Rapport de Velpeau et Jobert, rapporteurs (*Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, 1842-43, t. VIII, p. 71).
- RAWDON. — *Médiso-chirurg. journal*, 1882, p. 22.
- RECLUS. — Des lux. paralytiques du fémur. (*Rev. de méd. et de chirurg.*, ann. 1878, p. 176).
- ROBIN (Al.). — *Gazette médicale*, 1881.
- ROSER. — Eléments de pathol. chirurgicale, 1864, p. 732.
- Die lehre von den spontanen Verrenkungen des Oberschenkels (*Schmidt's Jahrbücher*, 1857, Baud 94, p. 120.)
- Eine neue Ursache für spontanen luxat. (*Virchow et Hirsch Jahresbericht*, 1885, t. II, p. 328.)
- ROSWELL PARK. — *Annals of surgery*, vol. XIV, p. 483.
- RUCH (G.). — Zwei Fälle von spontan. luxationen des Hüftgelenks nach acutem Gelenk Rheumatismus (*Deutsche Zeitschrift für chir.*, 1892, p. 594). (Obs. 27, 46).
- SABATIER. — Mém. sur les lux. consécutives du fémur (*Mém. de l'Acad. royale de chirurg.*, t. V, 1774, p. 791.)
- SAINTON. — Des lux. subites de la hanche se produisant dans le cours de certaines mal. aiguës. (*Revue d'orthopédie*, 1892, n° 5.)
- SCHOTTEN. — *Arch. für physiologische Heilkunde*, vol. XIII, p. 122.
- Chirurg. Inaug. Dissertation Halle 1869. (Obs. 28).
- SÉDILLOT et GROSS. — Art. Luxations symptomatiques, in Dict. Dechambre, 1869.
- SEITZ (Franz). — (Obs. 29). Voir FORGUE ET MAUBRAC.
- SEITZSCHEN. — *Deutsche Klinik*, n° 11, 1864.
- SONNENBURG. — Sur les lux. spont. et leur trait. (*Langenbeck's Arch. Livr. 32*, p. 843.) (Obs. 30, 72)
- Die spontanen Luxationen des Hüftgelenks (*Deutsche Zeitsch. für chirurgie*, t. VI, n° 2, p. 489, 21 avril 1876.)

- STANLEY. — On dislocations by elongation of capsula (*Méd. chirurg. transactions*, 1841, t. XXIV) (Obs. 47, 48).
- STIMSON. — Traité des dislocations. 1888, p. 60.
- STROHMEYER. — Lehrbuch der Chirurg., 1844, p. 570. (Obs. 49).
- STURGE. — Les arthrites suppurées de la scarlatine (*Lancet*, 16 nov. 1896) (Obs. 69).
- TAYLOR. — Luxations spontanées de la hanche (*Ameri. Trans. orthop. ass.* IX, p. 33, 1897.)
- TRINQUIER. — Quelques mots sur les luxations spontanées du fémur, Montpellier, 1845.
- VALETTE. — Art. luxation. Dict. de méd. et de chirurg. prat., t. XXII, 1879.
- VINCENT. — Du mécanisme de la lux. spont. du fémur dans la coxalgie (Th. Paris. 1870).
- VOELKEL. — *Berl. klin. Woch.* 1881, p. 310 (Obs. 50).
- VOLKMANN. — Spont. luxation in Pitha und Billroth, Handbuch der allg. und spéc. chirurg., 1865, t. II, 2^e partie, p. 657 (Obs. 56).
- VERNEUIL. — Luxations subites dans le cours du rhumatisme articulaire ou des arthrites aiguës (*Soc. de chirurg.*, 31 oct. et 7 nov. 1883) (Obs. 51, 52, 53, 54, 55).
- Bull. de la Soc. de Chirurg. Séance 4 juin 1879.
- *France médicale*, 1883, II, p. 644 (Obs. 55).
- WEIL. — Spontan. Luxation des rechten Hüftgelenks nach Typhus (*Prager med. Woch.*, 1878, n^o 7).
- *Centralblatt für chirurg.*, 1878, p. 599 (Obs. 32).
- WIDAL (F.). — Luxat. spontan. de la tête du radius droit au cours d'hydarthrose blennorrhagique à bascule des 2 coudes (*Soc. méd. des hôp.*, 26 juillet 1895, p. 60) (Obs. 75).
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	7
CHAPITRE PREMIER. — Observation d'une luxation subite consécutive à une scarlatine (Observation personnelle).....	11
Antécédents héréditaires.....	11
Antécédents personnels.....	11
Début de la scarlatine.....	11
Début de l'arthrite.....	13
Constatacion de la luxation.....	14
Examen de la luxation.....	14
Intervention.....	16
Résultats de l'intervention.....	17
CHAPITRE II. — Historique	19
CHAPITRE III. — Etiologie	25
CHAPITRE IV. — Anatomie pathologique	29
1° Altérations ligamentaires.....	29
2° Contenu de l'articulation.....	31
3° Altérations des surfaces articulaires.....	31
4° Altérations musculaires.....	33
CHAPITRE V. — Pathogénie	36
1° Théorie de J.-L. Petit ou théorie de l'hydarthrose.....	37
2° Théorie de Verneuil ou théorie de l'action musculaire.....	40
3° Théorie mixte.....	41
1° Causes prédisposantes.....	41
2° Causes déterminantes.....	42
CHAPITRE VI. — Symptômes et diagnostic	44
CHAPITRE VII. — Pronostic et traitement	48
Pronostic.....	48
Traitement.....	51
1° Traitement prophylactique.....	51

2 ^o Traitement curatif.....	52
3 ^o Traitement consécutif.....	54
CHAPITRE VIII. — Tableaux d'observations de luxations subites consécutives aux maladies aiguës.....	
1 ^o Luxations subites consécutives à la fièvre typhoïde.....	58
2 ^o Luxations subites consécutives au rhumatisme.....	65
3 ^o Luxations subites consécutives à la scarlatine.....	73
4 ^o Luxations subites consécutives à la variole.....	75
5 ^o Luxations subites consécutives à la blennorrhagie.....	76
6 ^o Luxations subites consécutives à l'influenza.....	77
7 ^o Luxations subites consécutives à l'érysipèle.....	77
8 ^o Luxations subites consécutives à l'empyème.....	78
9 ^o Luxations subites consécutives au rhumatisme infectieux.....	78
CONCLUSIONS.....	79
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	81

